

INFERMIERE

OGGI

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

$$D = \frac{C}{\pi} \rightarrow \infty$$

*Trasposizione
geometrica
della formula
per la Salute*



OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche



**Trasposizione
geometrica
della formula
per la Salute**

Già aprile e già in pista per celebrare la prossima Giornata internazionale dell'Infermiere del 12 maggio. In piazza come sempre, per rispondere alle domande sulla Professione e sul ruolo che svolgerà nel futuro del SSN; per investigare la sostenibilità del Sistema di fronte all'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei pazienti cronici multipatologici e la carenza di professionisti della salute. Ma anche per discutere di continuità assistenziale e presa in carico sul territorio, usando la metafora geometrica di una circonferenza di cui allargare al massimo il diametro per intervallare il più possibile i "ritorni" in ospedale.

Se n'è discusso durante l'Assemblea ordinaria degli iscritti, a marzo, così come di promozione e sviluppo della leadership infermieristica del middle manager alla I Conferenza di Management e Leadership nei luoghi di cura, al Centro Nazionale Ricerche.

Questo, mentre l'OPI di Roma, già nella "famiglia" del Joanna Briggs Institute dal 2015, ha ottenuto il prestigioso riconoscimento di Centro di Eccellenza JBI.

EDITORIALE

2_ Allargare il cerchio
di Maurizio Zega



4_ Studio di fattibilità per l'implementazione del percorso Fast Track nel Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.
Studio Retrospectivo Osservazionale
Anna Zicca, Anna Rita Marucci, Flavio Marti, Attilio Montagna, Lucia Mitello

15_ JBI Best Practice. Esperienze di incontinenza urinaria nelle donne adulte

DAL CECRI

20_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

21_ Estratto della Linea Guida "La valutazione multidimensionale della persona anziana" (Parte II)

27_ COMMENTARY al COCHRANE

29_ Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI

31_ L'OPI di Roma nominato Centro di Eccellenza JBI

32_ Alla Sapienza Conferenza di Management e Leadership nei luoghi di cura

DALL'ORDINE

33_ Assemblea ordinaria degli iscritti OPI Roma



35_ Il Conto consuntivo

37_ “OPI Cultura”, una iniziativa di successo oltre l’Infermieristica

DALLA FNOPI

38_ A San Marino delegazione FNOPI incontra i Capitani Reggenti

39_ Rapporto Crea Sanità
“Il SSN si potrà sostenere solo sviluppando le competenze infermieristiche”

DALLA REGIONE

40_ Presentati i risultati di “Spiagge serene”

OPI DI BIBLIOTECA

41_ Compendio di “Medicina Interna” per le Scienze Infermieristiche

PILLOLE LEGALI

42_ Le novità introdotte dal “Decreto Milleproroghe” e dalla legge di bilancio 2024

44_ LA STRISCIA

INFERMIERE

OGGI



Associato all’Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell’Opi di Roma
Anno XXXIV - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2024
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990
ISSN 2037-4364

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

Direttore responsabile
Maurizio Zega

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

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

Stampa
Idealgraf S.r.l.
via Sicilia 6 - 06012 Città di Castello (PG)
tel. 075/8511613
Progetto grafico e impaginazione: Ars Media Group srl
Copertina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepik.com
Finito di stampare: aprile 2024
Tiratura: 500 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro
Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - Aut. n. 892/2020
Stampe in regime libero

INFERMIERE

OGGI

È una rivista trimestrale dell’OPI di Roma, strutturata in due sezioni: Scienze Infermieristiche e rubriche.

Lo scopo della rivista è promuovere lo sviluppo e la diffusione di contributi scientifici relativi alla teoria, alla formazione, all’organizzazione, all’ambito clinico-assistenziale e ad altri ambiti di interesse della disciplina infermieristica. Infermiere Oggi è indicizzata sulle Banche dati:

EBSCO Host: CINAHL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), CINAHL Plus with Full Text®, CINAHL complete®

ILISI (Indice Italiano della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche).



EDITORIALE

Allargare il cerchio

di Maurizio Zega

“La popolazione italiana è una delle più anziane al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti, soprattutto con riferimento agli emergenti fabbisogni di personale sanitario. Con particolare riferimento al personale del comparto, la carenza di infermieri aumenta ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti e le nuove assunzioni e della scarsa attrattività del relativo Corso di Laurea”.

Così, nell'atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale del triennio 2022-2024 del comitato di settore Regioni Sanità. Non è una novità, ma è un modesto conforto che questa constatazione provenga da una realtà istituzionale che rappresenta, per la Sanità pubblica, il “datore di lavoro”...

L'Ordine non entra nelle tematiche sindacali, ma le implicazioni che emergono da questo documento sono interessanti. Questo riconosce, per esempio, l'esistenza di una questione - quella della salute mentale e del benessere psicofisico degli operatori sanitari - come correlata alla necessità di aumentare l'attrattività del Servizio Sanitario Nazionale per i professionisti della salute. E, logicamente, per la sostenibilità dell'intero sistema: alla fine, se a questa problematica non si porrà rimedio, per primi a pagare saranno i pazienti.

Ed è appunto alla sostenibilità del sistema che si deve ora guardare attentamente: quale risposta il sistema sanitario pubblico deve fornire di fronte al rovesciamento della piramide demografica, all'aumento esponenziale dei pazienti cronici polipatologici, al fenomeno della riduzione del numero di professionisti della sanità proprio quando sarebbero tanto più necessari?

Il punto-chiave di una risposta efficace alla nuova domanda di salute è la continuità assistenziale: in altri termini, rovesciare il paradigma sanitario che concentra il suo *focus* sull'emergenza clinica e abbandona il cittadino nel mare *magnum* di un'assistenza territoriale post acuzie carente e difettosa, dov'è ancora più urgente proprio la presenza della nostra specificità professionale.

Fermiamoci su questo aspetto: fino a oggi, il decorso delle patologie è stato rappresentato come una linea retta, non prendendo in considerazione elementi fondamentali come la proattività e la presa in carico sul territorio, la supportività delle équipes infermieristiche sul territorio. Ora, è necessario un cambio di visione geometrica, che rappresenti la traiettoria delle patologie lungo una circonferenza. Questa circonferenza contiene i diversi passaggi fondamentali dell'andamento di una malattia che, come



È alla sostenibilità del sistema sanitario pubblico che si deve guardare: quale risposta deve fornire di fronte al rovesciamento della piramide demografica, all'aumento dei pazienti cronici polipatologici, alla riduzione del numero di professionisti della sanità proprio quando sarebbero più necessari?



“

È necessario un cambio di visione geometrica, che rappresenti la traiettoria delle patologie lungo una circonferenza: quanto più è proattiva l'assistenza territoriale, tanto più il diametro di questo cerchio si allunga, rendendo più ampio l'intervallo tra i vari momenti di fragilità a cui è inevitabilmente destinato l'individuo

”

“

Il punto chiave di una risposta efficace alla nuova domanda di salute è la continuità assistenziale

”

detto, sarà prevalentemente cronica: quindi, la riacutizzazione, la riospedalizzazione, la dimissione, la riabilitazione, la presa in carico sul territorio e, di nuovo, la riacutizzazione e la riospedalizzazione etc: NON DOBBIAMO DOMANDARCI “SE” ACCADRÀ, MA QUANDO!!!

Da qui, il cambio di visione geometrica, quanto più è proattiva l'assistenza territoriale, tanto più il diametro di questo cerchio si allunga, la circonferenza assume una misura maggiore e i vari passaggi che vi sono posti sopra aumentano di distanza l'uno dall'altro: ciò è indice di una maggiore efficacia della risposta sanitaria dell'appropriata presa in carico sul territorio. In estrema sintesi, di una maggiore qualità dei servizi offerti al cittadino.

Dunque, il paziente, oltre ad aggiungere anni alla vita, aggiunge anche vita agli anni, perché passa più tempo fra una ospedalizzazione e l'altra e fra una riacutizzazione e l'altra.

Insomma: con lo snaturamento della piramide demografica delle società occidentali, e con l'inverno demografico alle porte, la forma più calzante per descrivere la relazione tra curanti e curati diventa quella circolare, in un “eterno ritorno” in cui la capacità del sistema sanitario regionale risiede nell'allargare il più possibile il diametro di quel cerchio, rendendo più lungo l'intervallo tra i vari momenti di fragilità a cui è inevitabilmente destinato l'individuo polipatologico e cronico.

Nelle pieghe dell'atto di indirizzo si legge, ancora, di valutare la previsione del nuovo profilo di OSS con “*formazione complementare*” in assistenza sanitaria, allo scopo evidente, appunto, di far fronte alla carenza di personale sanitario.

Anche questa non è una novità: noi abbiamo agito e reagito in ogni sede di fronte ad azzardate iniziative pericolose in primis per la salute dei cittadini. Questi temi l'Ordine li sollecita - come noto - da anni al mondo della politica cui spettano le decisioni.

Chiediamo con forza di confrontarci con le istituzioni, in un raffronto che non è richiamo corporativo, ma momento indispensabile al fine di definire la risposta migliore che il servizio sanitario pubblico deve fornire di fronte alla nuova domanda di sanità, imposta dall'evidenza epidemiologica.

E non è che ce lo stiamo inventando noi, questo ragionamento: da anni, tutti ne parlano, da ultimo anche il faticoso PNRR, “missione 6”. Ma nonostante le prese d'atto della situazione da parte delle autorità, di qualcosa che somigli ad una riforma complessiva del sistema, ad una visione generale di riforma del Servizio Sanitario Nazionale non vi sono che poche tracce. Quanto si vuole ancora aspettare?

Studio di fattibilità per l'implementazione del percorso *Fast Track* nel Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma. Studio Retrospectivo Osservazionale

Feasibility Study for the implementation of the Fast Track Pathway in the Emergency Department of the San Camillo Forlanini Hospital in Rome

Anna Zicca, RN, MSN, UO Pronto Soccorso AO San Camillo Forlanini, Roma

Anna Rita Marucci, RN, MSN, PhD-PO Governo Assistenziale Dipartimento Emergenza Urgenza e Chirurgie Specialistiche AO San Camillo Forlanini, Roma

Flavio Marti, IRN, MSN-Direttore Didattico CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Università "Sapienza"-Sede San Camillo Forlanini, Roma

Attilio Montagna, RN, MSN, Infermiere, Emodinamica AO San Camillo Forlanini, Roma

Lucia Mitello, RN, MSN, PhD-Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie AO San Camillo Forlanini, Roma

Parole chiave

Fast Track, Dipartimento Emergenza, sovraffollamento, competenze avanzate dell'infermiere

Keywords

Fast Track, Emergency Department, overcrowding, Advanced nursing competencies

ABSTRACT **INTRODUZIONE**

Il *Fast Track* (FT) è una strategia di gestione degli accessi non urgenti in Pronto Soccorso di pertinenza mono specialistica a bassa complessità.

Il modello nasce negli Stati Uniti intorno agli anni '90, come risposta al fenomeno dell'*overcrowding* nel dipartimento di Emergenza (DE).

Il FT è gestito da infermieri di Triage

con esperienza consolidata e che, dopo un periodo di formazione, si attengono a protocolli avanzati.

Lo scopo di questo studio è quello di valutare la fattibilità e l'impatto potenziale dell'implementazione del percorso *Fast Track* (FT) nel Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, attraverso un'analisi osservazionale e retrospettiva dei dati.

MATERIALI **E METODI**

È stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale, monocentrico e trasversale, utilizzando le cartelle di PS (estratte dal sistema di Gestione Informazione Pronto Soccorso Emergenza, GIPSE) dell'ospedale San Camillo Forlanini di Roma nel 2019. I dati dei pazienti sono stati selezionati attraverso i criteri di inclusione ed esclusione

definiti dal Manuale della regione Lazio 2019: "Triage Intraospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici".

RISULTATI

Il 5,14% del campione è risultato eleggibile per il FT. I tempi di permanenza dei pazienti totali sono mediamente di 826,50, minuti, mentre la media dei tempi di permanenza dei pazienti eleggibili per il percorso FT è di 210,42 minuti. Il confronto della permanenza totale tra gruppo dei pazienti totali e quelli selezionati per il FT ha una significatività statistica $P=>0,001$. La permanenza dei pazienti totali mostra una riduzione dell'1,38% se confrontati con quelli generali, passando da 826,50 minuti a 815,10.

Con l'applicazione del modello FT è stato stimato che potrebbero essere dedicati 11 minuti in più di assistenza ospedaliera per i pazienti rimanenti ed una diminuzione del 5% sulle presenze medie generali.

CONCLUSIONI

Dunque, aumentando il ventaglio delle competenze delle aree specialistiche (e, di conseguenza, il numero dei pazienti eleggibili per il FT) possiamo affermare che vi è una tendenza alla riduzione del sovraffollamento ed un aumento del tempo a disposizione per i pazienti rimanenti.

ABSTRACT BACKGROUND

Fast Track (FT) is a management strategy focused on non-urgent, mono-specialistic, and low-complexity access in the emergency department.

Originating in the United States around the 1990s, FT was developed as a response to the phenomenon of overcrowding in the Emergency Department (ED).

It's managed by experienced tri-

age nurses who adhere to advanced protocols following a comprehensive training period. This study aims to evaluate the feasibility of implementing the FT pathway in the ED of San Camillo Forlanini Hospital in Rome.

MATERIAL AND METHODS

Observational, retrospective, mono-centric, and cross-sectional study was conducted using ED records from the Emergency first aid information management system (GIPSE) at San Camillo Forlanini Hospital in Rome in 2019. Patients were selected based on inclusion and exclusion criteria defined by the 2019 Lazio Region Manual: "In Hospital Triage Lazio Model with Five Codes", where the indications were lacking, the inclusion and exclusion criteria of the "technical-operational guidelines for emergency room triage of the Veneto region 2015" were used.

RESULTS

The 5,14% of the sample was found to be eligible for the FT. The average stay of all patients were approximately 826,50 minutes, while the average stay of patients eligible for the FT pathway was 210,4 minutes. A statistical significance $P=>0,001$ was found when comparing the total stay between the overall patient group and those selected for the FT, with a 1.38% reduction in total patient stay times, from 826,50 minutes to 815,10 minutes.

Implementing the FT model an estimated 11 additional minutes of hospital care could be allocated to the remaining patients, and a 5% reduction in general patient attendance could be achieved.

CONCLUSIONS

Therefore, by expanding the expertise areas and consequently the number of patients eligible for Fast Track we can affirm a trend toward reducing overcrowding. Additional-

ly, an increase in available time for the remaining patients is observed.

INTRODUZIONE

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle problematiche più rilevanti l'organizzazione dei servizi sanitari di emergenza/accettazione.

Il fenomeno, in costante crescita, ha un impatto negativo sia sui tempi di attesa che d'intervento, che sulla capacità complessiva del sistema di emergenza nel fornire una risposta adeguata ai bisogni dei pazienti (1). Nel corso degli anni, diversi fattori hanno contribuito al peggioramento di tale condizione, tra cui: la diminuzione del numero di strutture (pubbliche e private); l'aumento demografico di pazienti fragili e la scarsa consapevolezza riguardo ai servizi alternativi disponibili al di fuori del PS (2).

Per far fronte all'elevato affollamento del PS, negli anni, sono state adottate nuove strategie di gestione volte a velocizzare i flussi dei pazienti e valorizzare, attraverso lo sviluppo di nuove competenze, la figura infermieristica (3,4).

Una di queste strategie è il modello di gestione denominato *Fast track* (FT), introdotto per la prima volta negli Stati Uniti negli anni '90, come risposta al fenomeno dell'*overcrowding*. Il FT si concentra sui pazienti con urgenze minori, offrendo un percorso di pertinenza mono-specialistica attivato per specialità a bassa complessità clinico-assistenziale. Questo approccio mira a ridurre i tempi di attesa e migliorare l'efficienza complessiva del PS, garantendo che i pazienti con condizioni meno gravi siano valutati e trattati in modo più rapido.

Negli ultimi anni, la ricerca ha prodotto numerosi studi, il 60% dei quali ha focalizzato la propria attenzione su interventi volti ad aumentare il flusso dei pazienti (5).

Nel 2011, Oredsson e colleghi hanno condotto una ricerca sistematica della letteratura riguardante i processi di flusso nei dipartimenti di emergenza e accettazione. Lo studio ha messo in luce come, l'implementazione del FT, rispetto a diversi interventi (quali *Streaming*, *Test Point of Care*, *Direct to Imaging*), fosse supportata da evidenze scientifiche moderatamente forti, sia per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa che rispetto alla durata della permanenza in ospedale (6).

Si tratta di un modello di gestione che si concentra sui pazienti con urgenze minori, il percorso è di pertinenza mono-specialistica attivato, quindi, per specialità a bassa complessità clinico/assistenziale in relazione alle caratteristiche dei volumi di attività e dei flussi storici del singolo PS.

Nel Regno Unito, America del Nord, Australia e in altri Paesi, il percorso FT è affidato ad infermieri con competenze avanzate come *Emergency Nurse Practitioners* (ENP)(7).

In Italia, il personale sanitario dedicato è rappresentato da infermieri di *Triage* che, dopo un percorso di formazione adeguato, svolgono il proprio lavoro in autonomia, attenendosi a protocolli e procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'Unità Operativa.

Gli infermieri, inoltre, ove si renda necessario, possono consultare il medico (8).

Il modello FT è una soluzione organizzativa già attuata e consolidata in diverse realtà del nostro Paese. Le stesse linee guida nazionali raccomandano l'implementazione del FT come soluzione organizzativa nei PS (9).

Questo approccio, introdotto per razionalizzare e innovare i servizi ospedalieri di emergenza, mira a garantire prestazioni omogenee a tutti i cittadini, indipendentemente dalla struttura ospedaliera.

I protocolli adottati sono definiti e condivisi con le strutture organizzative specialistiche. Oltre a consentire l'accesso diretto agli accertamenti diagnostici, quando necessario, tali protocolli mirano a velocizzare il percorso assistenziale e a indirizzare direttamente il paziente verso lo specialista competente, che, in alcuni casi, può essere dislocato dal PS/DE. L'attivazione del percorso FT tiene conto delle complessità strutturali ed organizzative dell'Azienda.

Nei casi in cui prevale la componente mono-specialistica e il paziente risulta arruolabile, la dimissione può essere effettuata direttamente dallo specialista, evitando al paziente di dover tornare al PS.

Negli ultimi anni, diverse regioni italiane hanno emesso delibere e normative per stabilire percorsi differenziati nei Pronto Soccorso, in base alla gravità delle patologie. Questi percorsi prevedono una stretta collaborazione con gli ambulatori specialistici, consentendo ai pazienti di essere indirizzati al medico curante o a un percorso ambulatoriale specialistico, uscendo così da quello di emergenza (10).

Il FT è stato implementato con successo in diverse regioni: l'Emilia-Romagna ha ufficializzato le linee guida per il *triage*, consentendo diverse modalità organizzative nei PS, inclusi accessi diretti a reparti, servizi specialistici e percorsi ambulatoriali (11).

A differenza del modello americano ed anglosassone (che prevedevano ambulatori adiacenti al PS), in Italia si è scelto di semplificare le procedure esistenti eliminando passaggi ritenuti superflui. Se durante la valutazione al *triage* veniva riconosciuta la necessità di una competenza specialistica, la richiesta di una consulenza in reparto/ambulatorio veniva fatta immediatamente, permettendo all'utente di accedere direttamente alla prestazione spe-

cialistica necessaria, senza una visita preliminare in PS.

Questo studio osservazionale e retrospettivo si propone di esplorare, attraverso un'analisi dei dati degli accessi in PS dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma nel 2019, l'efficacia potenziale dell'applicazione del modello FT.

L'obiettivo è valutare come l'introduzione di tale modello potrebbe incidere sulla riduzione del sovraccollamento e migliorare la gestione dei pazienti, pur non essendo stato implementato in tempo reale durante il periodo di studio.

L'analisi si basa su una simulazione di come l'adozione del modello FT avrebbe potuto influenzare i flussi di pazienti, i tempi di attesa e l'efficienza complessiva del PS, fornendo così indicazioni utili per future attivazioni.

Attraverso questo approccio, il presente studio vuole contribuire al dibattito sulle strategie più efficaci per affrontare il problema del sovraccollamento nei PS, offrendo una prospettiva basata sull'analisi retrospettiva dei dati esistenti e suggerendo potenziali benefici dell'introduzione del modello FT nella realtà ospedaliera italiana.

MATERIALI E METODI

Lo studio di tipo retrospettivo osservazionale e trasversale, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria dell'A.O. San Camillo Forlanini di Roma, ha analizzato gli accessi in PS nell'anno 2019, tenendo conto esclusivamente di quelli classificati come "codici minori" in fase di *triage*, riconducibili, potenzialmente, alle linee guida del *triage* intraospedaliero della Regione Lazio.

Nel campionamento del presente studio sono state scelte tre delle aree specialistiche elencate nel manuale intraospedaliero della regione Lazio: Oculistica, Otorinolaringoia-

trica e Urologica.

La selezione di queste specifiche aree è stata guidata principalmente da considerazioni logistiche e dalla natura dei flussi di pazienti all'interno dell'ospedale. Le aree ginecologica e pediatrica sono state escluse poiché hanno, rispettivamente, un PS dedicato, strutturalmente separato da quello principale. L'area ortopedica, invece, è stata esclusa in quanto dispone di un ambulatorio autonomo con un *team* di medici dedicati, operante all'interno della stessa area. E l'esclusione dell'area Maxillo-facciale deriva dalla sua prevalente implicazione in diagnosi complesse, che richiedono un approccio multidisciplinare, non in linea con il modello operativo FT. Infine, l'area dermatologica è stata esclusa a causa del basso volume di accessi.

Lo studio include uomini e donne con età superiore ai 16 anni, registrati nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2019, con problematiche cliniche mono-specialistiche e quadri clinici compatibili con un minore grado di priorità (codice 4-5) del *triage*.

I criteri di inclusione, per ogni area specialistica, sono stati estrapolati dalle tabelle del Manuale regionale "Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio" a cinque codici (Numerici/

colore) (12). Laddove le indicazioni risultavano carenti, sono stati utilizzati i criteri di inclusione ed esclusione degli "indirizzi tecnico-operativi per il *triage* di PS della regione Veneto 2015" (13).

Sono stati esclusi i pazienti con ridotto grado di autonomia, assieme a quelli classificati con "codice maggiore" (rosso e giallo), seguendo le indicazioni delle tabelle del "Manuale di *triage* intraospedaliero della Regione Lazio".

I dati sono stati acquisiti in forma anonima e aggregata nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai fini della ricerca e selezione del campione preso in considerazione (il comitato Etico Lazio 1 ha preso atto della notifica dello studio osservazionale retrospettivo, no profit, dal titolo: "Studio di fattibilità per l'implementazione del modello *Fast Track* nel Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma"-15.09.2021 prot. 1189).

I casi oggetto di studio sono stati analizzati attraverso il programma di Gestione Informazione Pronto Soccorso emergenza (GIPSE) e poi raccolti in un foglio di calcolo. La suddivisione è stata effettuata in ordine cronologico e per turno lavorativo (mattina, pomeriggio, notte) tramite i criteri di inclusione ed esclusione. Sono stati selezionati i pazienti per "codice colore" e, successivamente, tutti quelli che avevano eseguito almeno una consulenza specialistica delle aree prese in esame.

Sono state codificate informazioni quali: età, modalità di accesso, data e ora apertura e chiusura cartella, la dimissione o il ricovero. I dati sono stati elaborati tramite tecniche di statistica descrittiva; le variabili qualitative sono state riportate mediante frequenze assolute e percentuali, invece, per le variabili quantitative (come il tempo medio di permanen-

za dei pazienti espresso in minuti) sono state utilizzate media e relativa deviazione standard per le tre aree oggetto di studio, per il totale dei pazienti eleggibili di FT (n=1458) e per il totale complessivo di pazienti analizzati (n=28372).

Attraverso il calcolo di un test t per singolo campione, si è dapprima valutato se la differenza tra il tempo medio di permanenza dei pazienti eleggibili per FT fosse significativamente diverso da quello complessivo di tutta la popolazione.

Si è, quindi, proceduto al calcolo tramite il test *Analysis of Variance* (ANOVA) ad una via, al fine di valutare se le tre aree oggetto di studio contribuivano, in modo statisticamente simile, a comporre il tempo medio di permanenza dei pazienti FT.

È importante sottolineare che, sebbene lo studio abbia simulato l'effetto dell'implementazione del modello FT, analizzando retrospettivamente i dati degli accessi in PS, non vi è stata una reale applicazione del modello durante il periodo di studio. Questo approccio ha permesso di valutare l'efficacia potenziale del modello FT nel ridurre il sovraffollamento e migliorare l'efficienza del PS basandosi su un'analisi dettagliata dei dati esistenti.

RISULTATI

Selezione pazienti

Nel periodo compreso tra 1 gennaio e 31 dicembre 2019 sono state selezionate presso il PS medico/chirurgico 28.372 cartelle, su un totale di 33.796 selezionate per problema principale.

Di queste, 2.206 pazienti avevano eseguito almeno una consulenza da parte dello specialista delle aree analizzate: questi rappresentano il 7,7% dei pazienti totali a "bassa priorità". (Figura 1)

La maggior parte dei pazienti apparteneva alla categoria dei "codici

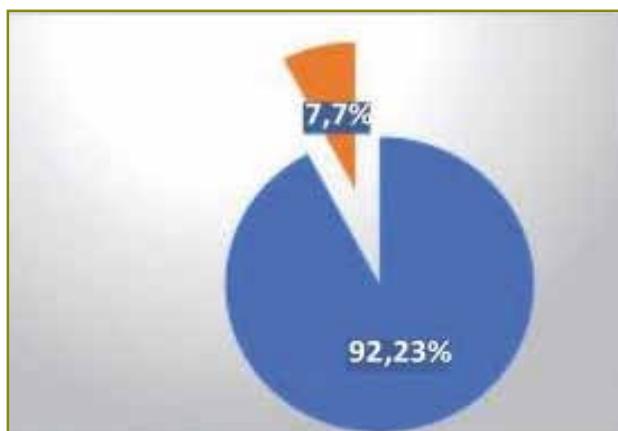


Figura 1 – Pazienti estratti per la selezione Fast Track

bianchi e verdi”; dei 2.206, il 46,9% era di pertinenza otorinolaringoiatrica; il 26,6% oculistica, e il 26,5% di pertinenza urologica. La modalità di accesso al PS è stata, per lo più, autonoma nel circa il 90,7% dei casi, mentre il 9,3% ha usufruito del 118 per accedere al DE.

Analisi distribuzione temporale e per turni di lavoro

Essendo questo uno studio di fattibilità, si è voluto constatare i dati acquisiti, laddove l’utenza eleggibile aveva un maggior picco di affluenza, stratificando i dati per mese (per quanto riguarda i pazienti FT) e per giorno e turno per quanto concerne i pazienti che avevano eseguito almeno una consulenza specialistica.

L’analisi dei dati mostra una certa uniformità degli accessi durante i diversi giorni della settimana per tutte e tre le aree considerate. Tuttavia, vi sono differenze nella distri-

buzione dei dati tra le diverse aree. Le visite di pertinenza otorinolaringoiatrica sono maggiori durante i fine settimana, mentre quelle urologiche e oculistiche si riducono.

La distribuzione degli accessi è stata, inoltre, analizzata per turni di lavoro. Il turno di mattina registrava il 54% dei pazienti dell’area otorinolaringoiatrica; il turno di pomeriggio il 28,2% e durante il turno di notte il 17,8%.

L’area oculistica, durante la mattina, registrava il 72,4% dei pazienti, nel turno di pomeriggio il 24,7% e durante la notte il 2,9%.

L’area urologica, durante la mattina, registrava il 51,7% dei pazienti, nel pomeriggio il 27% e nel turno di notte il 21,3%.

Classificazione pazienti per età e autonomia

Lo studio, inoltre, ha classificato i pazienti delle rispettive aree per grado di autonomia in relazione

all’età e alle diagnosi cliniche dei pazienti eleggibili.

I pazienti sono stati distribuiti su tre fasce di età anagrafica.

Rispettivamente: 16-64 anni, 65-75 anni e >75 anni.

Nell’area otorinolaringoiatrica, il 69% dei pazienti rientrava nella fascia di età 16-64, il 17% nella fascia 65-75 e il 14% nell’ultima fascia. Nella prima fascia di età, circa l’81,8% rientra nei criteri di inclusione, mentre il 18,2% è stato escluso sia per il ridotto grado di autonomia che per indicazione del manuale regionale “triage intraospedaliero modello Lazio” (14).

Nella seconda fascia, il 65,2% è stato incluso nel percorso FT e il 34,8% escluso. Gli *over 75* dei pazienti otorinolaringoiatrica raggiungono il 14% delle presenze: gli inclusi sono circa il 57,3%; gli esclusi il 42,7%. **(Tabella 1)**

L’area oculistica, al pari della precedente, registra il 63,3% nella prima fascia, il 16,9 in quella intermedia e il 19,8% nell’ultima. I pazienti inclusi, per diagnosi e grado di autonomia, nella prima fascia sono il 92,5% (il 7,5% escluso), nella seconda l’83,8% (il 16,2% escluso). Degli *over 75*, l’82,7% è stato incluso, mentre il 17,3% no. **(Tabella 2)**

L’area urologica ha una percentuale di pazienti, nella prima fascia, del 47,6%, il 22,4% nella fascia 65-75 e il 30% nella fascia d’età >75. L’analisi dei dati ha incluso nel percorso circa il 35,8% dei pazienti della fascia 16-64 ed escluso il 64,2%; nella seconda fascia sono stati inclusi il 18% ed escluso l’82%; degli *over 75*, il 17,6% è stato incluso, mentre l’82,4% escluso dal percorso FT. **(Tabella 3)**

In generale, l’analisi dei dati ha mostrato come i pazienti siano stati distribuiti nelle diverse fasce d’età e come i criteri di inclusione ed esclusione, basati sulla diagnosi e sul grado di autonomia, abbiano deter-

Area Oto tot n.1033				
Distribuzione accessi per fascia di età				
Età	16-64	64-75	>75	Tot
Deambulanti/criteri di inclusione FT	583	114	83	780
	81,8%	65,2%	57,3%	75,5%
Non deambulanti/criteri di esclusione FT	130	61	62	253
	18,2%	34,8%	42,7%	25,2%
Tot	713	175	145	1033
Tot %	69%	17%	14%	100%

Tabella 1 – Distribuzione pazienti area otorinolaringoiatra

Area Oculistica tot n.587				
Distribuzione accessi per fascia di età				
Età	16-64	65-75	>75	Tot
Deambulanti/inclusi FT	344	83	96	523
	92,5%	83,8%	82,7%	89,1%
Non deambulanti/esclusi FT	28	16	20	64
	7,5%	16,2%	17,3%	10,9%
Tot	372	99	116	587
Tot %	63,3%	16,9%	19,8%	100%

Tabella 2 – Distribuzione pazienti per fascia di età area oculistica

Area Urologica tot n.586				
Distribuzione accessi per fascia di età				
Età	16-64	64-75	>75	Tot
Deambulanti /inclusi FT	100	24	31	155
	35,8%	18,3%	17,6%	26,4%
Non deambulanti/esclusi FT	179	107	145	431
	64,2%	82,7%	82,4%	73,5%
Tot	279	131	176	586
Tot %	47,6%	22,4%	30%	100%

Tabella 3 – Distribuzione pazienti per fascia di età area urologica

minato la selezione dei pazienti per il percorso FT.

Analisi delle diagnosi cliniche

La classificazione per diagnosi cliniche è stata effettuata suddividendo i pazienti in base alle categorie definite dal “Manuale intraospedaliero della regione Lazio” (15). Nell'area otorinolaringoiatrica, su un totale di 1033 pazienti, il 75,5% poteva essere reclutato per il percorso FT.

Le categorie sintomatologiche più frequenti sono state l'otalgia, con il 24,4%, e la faringodinia, con il 20,6%. Seguono: la categoria dei corpi estranei, con il 12,8% senza alterazione di nessun parametro vitale. Nell'area oculistica, su un totale di 587 pazienti, l'89,1% rientrava nel percorso FT. Le categorie sintomatologiche più frequenti sono state: i disturbi del *visus*, con il 40,2% e le iperemie congiuntivali associate a bruciore, lacrimazione e dolore, con il 25%. Seguono: la diagnosi di corpo estraneo, con il 13%, l'edema peri-orbitario con l'11,2%; i piccoli traumi, come abrasioni, con il 5,6% e le emorragie sottocongiuntivali, con il 4%.

Nell'area urologica, su un totale di 586 pazienti, il 26,5% è stato selezionato per il percorso FT. Tra le categorie presenti nelle tabelle di riferimento, la più frequente è stata l'ematuria anamnestica, con

il 35,5%, seguita dalla ritenzione acuta di urine, con il 25,2%.

Le tumefazioni e gli edemi della sede scrotale (come fimosi, parafimosi, epididimiti, etc.), rappresentano il 19,3%. Sintomi come disuria, stranguria e oliguria rappresentano l'8,4%, mentre la dislocazione di nefrostomia l'11,6%.

In quest'ultima area, sono state utilizzate anche le indicazioni tecnico-operative della regione Veneto (16).

In sintesi, l'analisi delle diagnosi cliniche ha evidenziato le categorie sintomatologiche più comuni in ciascuna area medica, identificando i pazienti che potevano essere inclusi nel percorso FT in base alle linee guida e ai protocolli specifici.

Esiti della visita e durata della permanenza dei pazienti in PS

Per quanto riguarda gli esiti della visita, il 95,6% dei pazienti otorinolaringoiatrici risulta aver completato il percorso di cura (il 4,4% hanno abbandonato i locali del PS senza ricevere nessun trattamento); il 63,4% sono stati dimessi al proprio domicilio, mentre per il restante 32,6% la dimissione comprende un appuntamento nell'ambulatorio di competenza a distanza di qualche giorno per eventuali controlli o prescrizioni. Nell'area oculistica, il 5,2% dei pazienti ha abbandonato il PS prima della visita, mentre il restante 94,8% ha completato il percorso

di cure. Dei 523 pazienti selezionati per il percorso FT, circa il 59,6% è stato dimesso a domicilio, mentre il 35,2% ha ricevuto un appuntamento ambulatoriale successivo.

Nell'area urologica, il 92,1% dei pazienti ha completato il percorso di cure, mentre il restante 7,9% ha lasciato il PS.

Dei 155 pazienti, il 39,4% è stato dimesso presso il proprio domicilio, al contrario del 53,5% che è stato dimesso con un appuntamento ambulatoriale a distanza. Stratificando i pazienti delle tre aree per intervallo temporale di permanenza e percentuale di accessi, si evidenzia, nell'area otorinolaringoiatrica, su un totale di 780 pazienti, il 7,7% che ha avuto un tempo di permanenza in PS inferiore a 60 min, con una media di 41,5 minuti, procedendo verso intervalli di tempo maggiori; il 25,1% dei pazienti ha soggiornato tra i 60 e i 120 minuti, con una durata media di 98,70 minuti. Nel segmento temporale di 120-240 minuti, si registra la maggior percentuale di accessi, con il 35,1% dei pazienti e un tempo medio di 176,25 minuti. Per intervalli di 240-480 minuti, il 26% dei pazienti ha avuto una permanenza media di 333 minuti. Infine, una minoranza del 6,1% ha superato i 480 minuti di attesa, con una media di 592,15 minuti.

Globalmente, il tempo medio di permanenza per l'area otorinolaringoiatrica si attesta a 210,23 minuti. Per l'area oculistica, la stratificazione dei tempi di permanenza in PS, per 523 pazienti, mostra che l'8,6% ha avuto una permanenza inferiore a 60 minuti, con un tempo medio di 44,7 minuti. Il 31,9% dei pazienti è rimasto tra i 60 e i 120 minuti, con una media di 92,3 minuti. La fascia di tempo che va da 120 a 240 minuti comprende il 36% dei pazienti, con un tempo medio di 167,9 minuti.

Per i soggiorni di durata compresa

tra 240 e 480 minuti, che rappresentano il 14,3% dei casi, il tempo medio registrato è di 318,2 minuti. Infine il 9,2% dei pazienti ha superato i 480 minuti di permanenza, con un tempo medio considerevolmente più alto, pari a 646,2 minuti. In media, i pazienti oculistici hanno avuto un tempo di permanenza di 198,61 minuti.

Nell'area urologica, l'analisi dei tempi di permanenza in PS, per 155 pazienti, rivela che il 7,7% ha avuto una permanenza inferiore ai 60 minuti con una media di 40,2 minuti. Per il segmento di tempo che va da 60 a 120 minuti (che include il 9% dei pazienti), il tempo medio di permanenza è di 92,6 minuti. Il 35,5% dei pazienti ha soggiornato tra i 120 e 240 minuti, con un tempo medio di 175,5 minuti. La maggioranza dei pazienti (il 44,5%) è stata presente per un periodo tra 240 e 480 minuti, con un tempo medio significativo di 347,1 minuti. Una piccola percentuale (il 3,3%) ha superato i 480 minuti di permanenza, con una media di 723 minuti. Complessivamente, il tempo medio di permanenza in Urologia è stato di 251,59 minuti.

Analizzando i dati complessivi dei tempi di permanenza in PS, si evince che l'8,1% dei pazienti ha avuto una permanenza inferiore ai 60 minuti con un tempo medio di 42,3 minuti. Il 25,9% dei pazienti ha soggiornato tra i 60 e i 120 minuti, con un tempo medio di 91,5 minuti. La fascia di tempo di 120-240 minuti è quella con la percentuale più alta, con il 35,4% dei pazienti e un tempo medio di 173,2 minuti. Per i soggiorni tra 240 e 480 minuti (il 23,8% dei casi), il tempo medio è di 332,3 minuti. Una minore percentuale di pazienti (il 6,8%) ha superato i 480 minuti di attesa, con una media di 625 minuti. In totale, il tempo di permanenza medio nel PS è stato di 210,42 minuti.

Attraverso l'impiego di un test *t* per singolo campione, si è valutato se la differenza tra il tempo medio di permanenza dei pazienti eleggibili per FT fosse significativamente diverso da quello complessivo della popolazione.

Si è quindi proceduto al calcolo di un test tramite ANOVA ad una via, per valutare se le tre aree oggetto di studio contribuivano, in modo statisticamente simile, a comporre il tempo medio di permanenza dei pazienti FT.

In questo contesto, il *p-value* inferiore a 0.001 indica che il tempo medio che si potrebbe risparmiare varia, in modo statisticamente significativo, a seconda della specialità. Ad esempio, risulta inferiore per Oculistica (M=198,61 minuti) e maggiore per Urologia (251,59).

Il tempo di permanenza medio dei pazienti selezionati nel PS del San Camillo Forlanini è di circa 210,42 minuti. Tuttavia, per i pazienti con "codice bianco", questo tempo aumenta fino a 625 minuti (10 ore e 25 minuti). Complessivamente, sono stati dedicati circa 306,180 minuti di assistenza e cure ospedaliere a tali pazienti.

Con l'applicazione del modello organizzativo FT, assegnando il numero totale dei pazienti alle diverse aree di competenza e sottraendo le ore di assistenza già erogate, si stima che possano essere dedicati circa 11 minuti di assistenza ospedaliera in più per ogni paziente rimanente (n. 26.914), riducendo il tempo di permanenza complessivo del 1,38%.

La media dei tempi di permanenza totale nel PS per i "codici minori" passa, da 826,50 minuti, a 815,10 minuti.

Analisi degli accessi mensili e impatto del percorso FT

Gli accessi mensili dei pazienti arruolati al percorso FT sono stati uniformi, ma differiscono tra le diverse aree. Ad esempio, per l'area otorinolaringoiatrica, il mese con maggior afflusso è stato agosto, con l'11% dei pazienti, mentre, per l'area oculistica, è stato luglio, con l'11%, e, per l'area urologica, agosto ha registrato il 12% degli accessi.

Luglio e agosto hanno registrato il maggiore impatto sul percorso FT, con una percentuale di pazienti idonei pari all'11,4%. Invece, febbraio ha mostrato il minor impatto, con il 6,5% dei pazienti totali del percorso FT. In media, sono stati presenti, contemporaneamente, nel PS, 79,2 pazienti con "codici minori" ogni giorno, di cui solo una media di quattro al giorno idonei al percorso FT. Secondo le tabelle fornite, i pazienti FT potrebbero determinare una diminuzione del 5,4% nelle presenze medie complessive, portando la media giornaliera nel PS, potenzialmente, a 75,2 pazienti.

Luglio e agosto hanno registrato il maggiore impatto sul percorso FT, con una percentuale di pazienti idonei pari all'11,4%. Invece, febbraio ha mostrato il minor impatto, con il 6,5% dei pazienti totali del percorso FT. In media, sono stati presenti, contemporaneamente, nel PS, 79,2 pazienti con "codici minori" ogni giorno, di cui solo una media di quattro al giorno idonei al percorso FT. Secondo le tabelle fornite, i pazienti FT potrebbero determinare una diminuzione del 5,4% nelle presenze medie complessive, portando la media giornaliera nel PS, potenzialmente, a 75,2 pazienti.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti hanno evidenziato che la percentuale di pazienti trattabili secondo il modello FT è di 5,14% n.1458. La diminuzione delle presenze medie giornaliere del 5,4% è in linea con gli standard di riferimento (>5%) indicati nel manuale intra-ospedaliero della Regione Lazio, 2019 (17).

I dati non sono invece in linea con la letteratura internazionale, ad esempio con uno studio di Gokhan Aksel. et al. 2014 (18), dove, a una settimana in cui era attivo il FT ne seguiva una senza, registrando una riduzione del tempo di permanenza da 80 a 42 minuti, durante la settimana FT con differenza statisticamente significativa tra i gruppi ($p < 0,001$).

La differenza sostanziale, in termini di riduzione dei tempi di attesa e l'efficacia in termini di pazienti trattati, è dovuta alla presenza dell'ENP (19) in ambito internazionale.

L'ENP purtroppo non è riconosciuta in Italia, e, di conseguenza, l'infer-

miere, dopo un percorso formativo per i diversi interventi di PS, ha sempre una minore autonomia in termini di potere decisionale.

In una Revisione sistematica canadese, è stata studiata anche la figura del *Nurse Triage Ordering* (NTO): questi infermieri possono richiedere direttamente accertamenti radiologici al *triage* ed effettuare esami di laboratorio, riducendo il tempo di permanenza dei pazienti (20). In questo studio non è stato considerata la richiesta di esami radiologici in sede di *triage* direttamente dall'infermiere. Ciò non toglie che la richiesta possa essere compresa nei protocolli condivisi tra professionisti e validati dalle Direzioni Aziendali come avviene, attualmente, nella regione veneto ed Emilia-Romagna.

In quanto presentato, la frequenza dei "codici verde" è decisamente superiore, con il 95,89%, rispetto al 4,11% dei "codici bianchi", considerati accessi impropri per un dipartimento di Emergenza/Urgenza.

Dallo studio emerge che la fascia di età predominante, tra i pazienti che accedono ai percorsi FT, è quella compresa tra 16-64 anni, ovvero il 70,44% del totale. La percentuale diminuisce al 15,16% nella fascia di età tra i 65-75 anni. Inoltre, si osserva che il 14,40% dei pazienti con più di 75 anni accede al percorso FT.

Il risultato di una maggiore eleggibilità per i pazienti più giovani è in linea con la letteratura, visto che è ampiamente dimostrato che, all'aumentare dell'età, aumentano le comorbidità, con conseguente accrescimento della complessità del paziente. Diversi studi, infatti, dimostrano che, più il paziente è anziano, più cresce il tempo di permanenza (21).

Sono stati ottenuti risultati significativi anche nell'analisi dei tempi di permanenza in PS. Mediamente, la permanenza in PS è di 826,50

minuti per i codici minori. Le cause della loro prolungata permanenza rispondono a diverse variabili, sempre in linea con la letteratura, quali la riduzione dei letti di degenza e l'inadeguata recettività da parte della Medicina sul territorio (22).

Da ciò ne consegue che il PS si trasformi in un vero e proprio "reparto di degenza", rischiando di veder snaturata la propria *mission* assistenziale (23). Dall'analisi dei dati distribuiti, i risultati hanno messo in evidenza come ci sia un'uniformità di accessi nei diversi giorni della settimana e dei mesi. Il giorno con minori accessi è la domenica. Questo dato, in linea con la letteratura, giustifica la scelta di aprire il FT sei giorni su sette (24).

Infatti, i giorni e gli orari di apertura del FT spesso corrispondono a quelli di apertura degli ambulatori delle aree corrispondenti.

Un aspetto importante per l'organizzazione di questo tipo di percorso è quello legato agli accessi dei pazienti eleggibili per turno di lavoro. I dati ottenuti dimostrano che i pazienti di pertinenza delle aree specialistiche studiate (n. 2206) avevano un numero di accessi maggiore durante il turno di mattina (con una presenza di circa del 58,2%), mentre il 27% degli accessi avveniva durante il turno pomeridiano e solo il 14% durante quello notturno.

Da ciò è derivato che il tempo di attesa dei pazienti che accedono nell'orario che va dalle 19.50 alle 7 è, in media, più alto. Ai pazienti eleggibili è stata assegnata una diagnosi FT che definisce il problema di salute per il quale i pazienti si rivolgono ai servizi di emergenza. È stato rilevato che gli accessi al San Camillo Forlanini, per quanto riguarda l'area otorinolaringoiatra, avvenivano maggiormente per disturbi aspecifici come l'otalgia e la faringodinia (il 44,8% delle presenze), mentre per l'area oculistica

la diagnosi più frequente è stata iperemia, bruciore, lacrimazione e disturbo del *visus*, rispettivamente con il: 24,8% e con il 40,1%. Nell'area urologica, la diagnosi di ematuria anamnestica ha avuta una maggiore frequenza di accessi, circa il 35,48%.

Dati importanti sono stati ottenuti dall'analisi dei tempi di permanenza medi.

Poiché il valore di p (p-value) risulta essere inferiore a 0.001, possiamo affermare con un alto grado di confidenza, che la selezione dei pazienti FT è associata sia a una minore complessità clinica che incidenza di comorbidità.

L'analisi ha rivelato che l'implementazione del percorso FT nel PS ha mostrato un risparmio medio di tempo di 11 minuti per paziente non FT. Questo risparmio deriva dalla riduzione del tempo di permanenza dei pazienti FT, che, se ridistribuito ai pazienti non FT, permetterebbe un incremento significativo delle risorse di tempo a disposizione del personale di PS. Ciò implica che gli altri pazienti trarrebbero beneficio da un aumento del tempo a loro dedicato.

Va notato che tutte le medie dei tempi di assistenza risultano notevolmente inferiori rispetto a quella complessiva del campione di pazienti.

Di conseguenza, l'estensione del trattamento FT a più specialità comporterebbe un aumento del tempo a disposizione per gli altri pazienti.

In altre parole, estendendo il trattamento FT a diverse specialità, si potrebbe fornire assistenza a un maggior numero di pazienti, riducendo, assieme, il tempo di attesa globale per l'intero gruppo.

Le aree specialistiche che possono far parte del modello organizzativo FT sono rappresentate da traumi minori, dermatologia, Maxillo facciale, odontoiatria etc.

La possibilità di ampliare il ventaglio di competenze da inserire nel per-

corso FT permette una maggiore efficacia dello stesso sul grado di sovraffollamento del PS e una maggiore soddisfazione del paziente (25).

Per quanto riguarda i corsi di formazione e le competenze che l'infermiere dedicato al FT dovrà possedere, in letteratura emerge che l'attuazione del sistema FT non può esulare dall'impiego di personale infermieristico con competenze e formazione appropriati nell'ambito dell'Emergenza.

L'introduzione di figure infermieristiche con una formazione adeguata ha permesso di offrire migliori possibilità di autonomia in termini di competenze cliniche (26) ma, al contempo, presuppone che i sistemi sanitari affrontino il problema del lavoro interprofessionale.

La sperimentazione e l'applicazione di protocolli mirati ad accesi a bassa complessità assistenziale, inoltre, può rappresentare un punto di partenza per l'integrazione di modelli organizzativi dove l'infermiere ha le capacità di farsi protagonista per una presa in carico più efficace e autonoma.

È importante considerare alcuni limiti significativi dello studio che potrebbero influenzare l'interpretazione dei risultati.

In primo luogo, la selezione delle aree specialistiche (Oculistica, Otorinolaringoiatria e Urologica) e l'esclusione di altre, che potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati a contesti e popolazioni diversi. Questo aspetto è particolarmente rilevante considerando la varietà di situazioni cliniche che si presentano in un PS.

Altro è la necessità di ricerche ulteriori per comprendere come il tempo risparmiato di 11 minuti e la ridistribuzione dello stesso sui pazienti non FT possa essere concretamente sfruttato per ottimizzare i percorsi assistenziali. Non è stato esaminato

l'impatto di questa redistribuzione del tempo sulle metriche di *outcome* clinici e sulla soddisfazione del paziente, aspetto che rappresenta un'area fondamentale per la ricerca futura. Poi, essendo stato condotto in un unico contesto geografico e sanitario (A.O. San Camillo Forlanini di Roma), i risultati dello studio potrebbero non essere completamente trasferibili ad altri contesti nazionali o internazionali, dove le condizioni di sovraffollamento e le pratiche sanitarie possono significativamente variare.

Infine, la sua natura retrospettiva (che si basa su dati storici e non include un gruppo di controllo) potrebbe limitare la capacità di stabilire relazioni di causa/effetto definitive.

CONCLUSIONI

Lo studio voleva comprendere l'utilità e la fattibilità di un modello diffuso in diverse realtà italiane - e internazionali - all'interno di uno dei più grandi dipartimenti d'Urgenza di Roma, spesso in sovraccarico a causa del sovraffollamento.

I dati analizzati, seppur circoscritti a sole tre aree specialistiche, dimostrano quali siano i pazienti che possono accedere al servizio FT e i limiti, dovuti al grado di autonomia dei pazienti in un'ottica di presa in carico dei "codici minori".

Si ricorda, inoltre, che il percorso FT nelle diverse realtà internazionali è un modello utilizzato anche per i "codici con maggiore priorità" (Rosso-Giallo) (27), con un ampio utilizzo in termini di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

I risultati sono simili a quanto trovato in letteratura nonostante il diverso *setting*, se confrontato con il FT dei modelli organizzativi americani e anglosassoni.

Tuttavia, è cruciale riconoscere che le conclusioni tratte si basano su un'analisi retrospettiva dei dati e non

su un'implementazione pratica del modello FT durante il periodo di studio. Questo approccio ha permesso di fornire una valutazione preliminare dell'impatto che il modello FT potrebbe avere sulla gestione del sovraffollamento in PS, offrendo spunti significativi per future ricerche e potenziali applicazioni pratiche del modello.

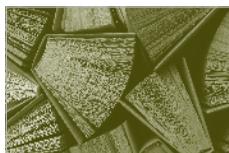
I protocolli di FT rappresentano, dunque, una valida risorsa organizzativa per far fronte al fenomeno di *overcrowding*, ma solo in un'ottica di maggiore coinvolgimento delle aree specialistiche più appropriate e, in seguito, ad una corretta valutazione del rapporto rischio/beneficio.

Dai dati ottenuti dallo studio, infatti, evince come, all'aumentare dell'età, aumenti la complessità di quest'ultimo, a causa delle comorbidità legate al dato anagrafico.

L'autonomia infermieristica nella gestione dei protocolli FT è un'opportunità di crescita, l'incipit per un maggior sviluppo professionale e riconoscimento sociale, al fine di migliorare gli *outcome* dei pazienti.

In Italia, la gestione del FT in ambito infermieristico è caratterizzata dalla mancanza di una formazione universitaria post-base specificamente specializzata e clinica. Nonostante questa situazione, diversi contesti italiani hanno implementato percorsi FT, beneficiando di investimenti nelle risorse umane e economiche, e basando tali implementazioni su solide evidenze scientifiche. L'attuazione di un percorso FT richiederebbe, però, una revisione dell'attuale organizzazione del lavoro, riducendo il rischio di attuare progetti inefficaci.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.



Bibliografia

1. Polello L, Anzoletti AB, See and Treat: ambulatorio per i codici minori come soluzione al sovraccollimento del pronto soccorso. *L'Infermiere*, 2015; 2: 28-31.
2. Rastelli G, Gavazza M & Cervellin G, Sovraccollimento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione. *Emerg. Care J.* 2010; 2 (IV): 25-35.
3. Skr M, Angus R, Perrin J, et al, Care of Minor Injuries by Emergency Nurse Practitioners or Junior Doctors: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 1999; 354 (9187): 1321- 1326.
4. Ministero della Salute, Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero. Direzione Generale della programmazione sanitaria, 2019. Disponibile online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf. (ultima consultazione il 06/06/2023).
5. Morley C, Unwin M, Peterson G, et al, Emergency Department Crowding: a systematic review of causes and moral consequences and solution. *Plone One*, 2018; 3 (8): 1-42.
6. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, et al, A Systematic Review of Triage Related Intervention to Improve Patient Flow in Emergency Department . *Scandinavian Journal of trauma, Resuscitation and emergency nursing*; 2011; 43:2-9.
7. Carter A, J& Jovinoch A. H, A Systematic Review of the Impact of Nurse Pratictioners on Cost, Quality of Care, Satisfaction and Wait Times in the Emergency Department of the Intensive Care Unit. *Canadian Journal of emergency medicine*, 2007. 9; (4): 286-295.
8. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna, Area Bollettini/ n.105 del 18/08/2010 periodico (parte seconda), Linee Guida per la Corretta Effettuazione del Triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna. Disponibile online: https://bur.regione.emilia-romagna.it/area-bollettini/agosto-periodico-parte-seconda-2a-quindicina-1/approvazione-documento-triage-informatico-in-pronto-soccorso/gpg-2010-1297_all.pdf. (Ultima consultazione 06/06/2023).
9. Ministero della Salute, Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero. Direzione Generale della programmazione sanitaria, 2019. Disponibile online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf. (ultima consultazione il 06/06/2023).
10. Regione Piemonte, Linee Guida per l'Emergenza Sanitaria Ospedaliera, Bollettino Ufficiale n. 1 del 3 Gennaio, 2003; 35. Disponibile online: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2003/01/siste/00000138.htm>. (Ultima consultazione il 14/04/2023).
11. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna, Area Bollettini/ n.105 del 18/08/2010 periodico (parte seconda), Linee Guida per la Corretta Effettuazione del Triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna. Disponibile online: https://bur.regione.emilia-romagna.it/area-bollettini/agosto-periodico-parte-seconda-2a-quindicina-1/approvazione-documento-triage-informatico-in-pronto-soccorso/gpg-2010-1297_all.pdf. (Ultima consultazione 06/06/2023)
12. Regione Lazio, Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici. Lazio Sistema sanitario regionale, Agosto 2019. Disponibile online: <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-04/Manuale-Triage-tml-rev-03-ottobre.pdf>. (Ultima consultazione 14/04/2023)
13. Bollettino Ufficiale Regione Veneto, Indirizzi Tecnico-Operativi per il Triage di Pronto Soccorso, (DRG n. 1888). Disponibile online: <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=314229>. (Ultimo accesso 15/10/2023).
14. Regione Lazio, Manuale Regionale Triage Intra-Ospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici. Lazio Sistema sanitario regionale, Agosto 2019. Disponibile online <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-04/Manuale-Triage-tml-rev-03-ottobre.pdf>. (Ultima consultazione 14/04/2023)
15. Regione Lazio, Manuale Regionale Triage Intra-Ospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici. Lazio Sistema sanitario regionale, Agosto 2019. Disponibile online <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-04/Manuale-Triage-tml-rev-03-ottobre.pdf>. (Ultima consultazione 14/04/2003)
16. Bollettino Ufficiale Regione Veneto, Indirizzi Tecnico-Operativi per il Triage di Pronto Soccorso, (DRG n. 1888). Disponibile online: <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=314229>. (Ultimo accesso 15/10/2023).
17. Regione Lazio, Manuale Regionale Triage Intra-Ospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici. Lazio Sistema sanitario regionale, Agosto 2019. Disponibile online <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-04/Manuale-Triage-tml-rev-03-ottobre.pdf>. (Ultima consultazione 14/04/2023)
18. Aksel G, Effect of Fast-Track in a University Emergency Department Through the National Emergency Department Overcrowding Study; *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2014; 67, (3): 1349-1357.
19. Bornaccioni C, Colella A, Pompei E et. al, Accessi non Urgenti nel Dipartimento di Emergenza e Ruolo dell' Infermiere. Una revisione narrativa della letteratura. *Professioni Infermieristiche*. 2014; ; 67 (3): 39-54.
20. Rowe B. H, Villa Roel C, Guo X et.al, The Role of Triage Nurse Ordering on Mitigating Overcrowding in Emergency Department: a Systematic Review. *Acad Emergency Medicine*. 2011; 18,(12), 1349-1357.
21. An Chrusciel J, Fontain X, Davillard A, et al, Impact of the Implementation of the Fast- Track on Emergency Department Length of Stay and Quality of Care Indicators in the Champagne-Ardenne region: a before-after study. *BMJ Open*, 2019 ;9 (6): 1-8.
22. Rastelli G, Gavazza M& Cervellin G, Sovraccollimento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione. *Emerg. Care J*, 2010; 2 (IV) : 25-35.
23. Rastelli G, Gavazza M& Cervellin G, Sovraccollimento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione.

Emerg. Care J, 2010; 2 (IV) : 25-35.

24. Theunissen B. H. J.J, Landenoye Hanneman S, et al, Fast Track by Physician Assistant Shortens Waiting and Turnaround Times of trauma patients in an emergency department. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2014; 40 (1) :87-91.

25. Bernstein S. L, Aronsky D, Duseja R, et al, The effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Acad Emerg. Med*. 2009;16 (1): 1-10.

26. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna, Area Bollettini/ n.105 del 18/08/2010 periodico (parte seconda), Linee guida per la Corretta Effettuazione del Triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna. Disponibile online:

https://bur.regione.emilia-romagna.it/area-bollettini/agosto-periodico-parte-seconda-2a-quindicina-1/approvazione-documento-triage-informatico-in-pronto-soccorso/gpg-2010-1297_all.pdf. (Ultima consultazione 06/06/2023)

27. Combs S, Champman R, Bushby A et al, Fast Track one Hospital's Journey, *Accid.Emergency Nurse*. 2006; 14 (4): 197-203.

Esperienze di incontinenza urinaria nelle donne adulte

Raccomandazioni*

- Si dovrebbe utilizzare un programma personalizzato di gestione dell'incontinenza urinaria che tenga in considerazione la religione e la cultura delle donne. I bisogni individuali, le preferenze e le aspettative dovrebbero essere identificate e sostenute. **(Grado A)**
- Alle donne dovrebbe essere data l'opportunità di discutere le loro esperienze con altre donne che vivono lo stesso problema. **(Grado A)**
- Alle donne dovrebbe essere data l'opportunità di discutere i loro problemi di incontinenza urinaria con gli operatori sanitari. **(Grado A)**
- Le donne dovrebbero essere incoraggiate a riconoscere i sintomi dell'incontinenza urinaria e a parlare apertamente di possibili dubbi e ansie. **(Grado A)**
- Le donne dovrebbero essere incoraggiate a esprimere i loro problemi in modo che i caregivers, familiari e amici possano comprendere le loro sensazioni. **(Grado A)**
- Un'anamnesi completa dei sintomi di incontinenza urinaria è essenziale per classificare il disagio e adottare una cura adeguata, includendo anche le perdite post-partum. **(Grado B)**
- Per sostenere le donne a comprendere i segni di incontinenza urinaria dovrebbero essere forniti programmi educativi che affrontino i questioni religiose, sociali, culturali e psicologiche legate all'incontinenza urinaria. **(Grado B)**
- Le donne dovrebbero essere informate sull'esistenza di presidi che riducono le perdite urinarie. Le pazienti dovrebbero essere informate sulle strategie da adottare come ad esempio l'uso di assorbenti igienici durante gli eventi sociali. **(Grado B)**
- Alle pazienti dovrebbe essere fornito un approccio personalizzato nei vari stadi di diagnosi e trattamento includendo suggerimenti dettagliati su come affrontare possibili cambiamenti sul piano emotivo e sessuale. **(Grado A)**
- Le donne dovrebbero essere informate e supportate per aumentare la loro consapevolezza nell'utilizzo strategie di coping e di self care nonché nell'utilizzo di sostegno sociale a loro più prossimo. **(Grado A)**

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

Fonte di informazione

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 2017 nel JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports database JBI.

Background

Per incontinenza urinaria si intende la perdite non volontaria di urina che causa problemi sociali e igienici. L'incontinenza urinaria ha un impatto significativo dal punto di vista fisico, psicologico, sul benessere sociale e ha un forte impatto sulla qualità della vita delle donne. Alcune problematiche associate all'incontinenza urinaria sono correlate alla difficoltà con cui le donne comunicano questi problemi soprattutto a causa dello stigma associato a questa condizione.

I significati che le donne attribuiscono all'incontinenza urinaria e alle sue conseguenze sono influenzate dal background personale, culturale, religioso e sociale.

Obiettivi

Presentare le migliori evidenze disponibili relative all'incontinenza urinaria sperimentate da donne adulte.

Fenomeno di interesse

Il modo in cui le donne di qualsiasi contesto culturale o geografico nel mondo vivono l'incontinenza urinaria.

Qualità della ricerca

La revisione include 30 studi di ricerca qualitativa. Tutti gli studi inclusi sono stati considerati di buona qualità metodologica. Sette studi hanno ricevuto 9 valutazioni positive sui dieci item della scheda valutativa.

A quattro studi è stato assegnato il punteggio massimo. Nel complesso gli studi inclusi hanno ottenuto dei punteggi più bassi negli item relativi alla posizione culturale o teorica del ricercatore e per l'influenza del ricercatore sulla ricerca.

Risultati

Dagli studi inclusi sono stati estratti 189 risultati; questi risultati sono stati sintetizzati in 25 categorie; le categorie sono state sintetizzate in 8 temi. Gli 8 temi sintetizzati sono stati: (1) il background culturale e religioso e la diffidenza personale contribuiscono a ritardare il ricorso al trattamento per l'incontinenza urinaria; (2) l'inevitabile e spiacevole problema dell'IU (incontinenza urinaria) è sopportato in silenzio e condiziona le donne nello svolgimento delle loro normali attività giornaliere e nei loro rispettivi ruoli sociali; (3) la scarsa conoscenza e la natura imprecisa dei sintomi contribuisce a fare percepire che l'IU non sia una malattia; (4) l'esperienza provocata dall'IU e il senso di vergogna relativo alla condizione contribuiscono a compromettere la vita delle donne; (5) IU provoca effetti negativi sull'intimità delle donne e sulla soddisfazione sessuale e provoca cambiamenti nel modo in cui sperimentano la loro sessualità e le funzioni sessuali; (6) IU è considerata una conseguenza della gravidanza e del parto, dell'invecchiamento o a una punizione religiosa; (7) le donne affette da IU adottano diverse strategie per migliorare il loro stato di salute; (8) le donne hanno preferenze personali sugli operatori sanitari da cui farsi assistere e sui trattamenti da seguire; incontrano difficoltà nei trattamenti per l'IU e alcuni bisogni assistenziali non vengono soddisfatti.

Background culturale e religioso e riluttanza personale contribuiscono a ritardare l'inizio della cura per l'IU

Questi temi sono stati sintetizzati da 2 categorie: "Background culturale e religioso influenzano la decisione di intraprendere una cura" (basato su 2 risultati); "Riluttanza personale ad iniziare le cure" (basato su 7 risultati). I fattori identificati come correlati al ritardo nel ricorrere alle cure per l'IU e la riluttanza nel richiedere un aiuto professionale hanno limitato le opportunità per le donne di condividere i loro problemi con gli operatori sanitari, dovute al desiderio di risolvere il problema senza aiuto professionale e al background religioso delle donne.

L'inevitabile e spiacevole problema dell'IU sopportato in silenzio colpisce le attività quotidiane delle donne e il loro ruolo sociale

Questo tema è stato generato da 3 categorie: "Un problema inevitabile e spiacevole" (2 risultati); "Effetti sulla vita quotidiana" (5 risultati); "Effetti sul ruolo sociale" (10 risultati). Il dispiacere espresso dalle donne affette da IU è stato descritto come legato agli effetti sulle persone intorno a loro. La vita quotidiana delle donne è influenzata dall'IU specialmente per la ridotta partecipazione alle attività sociali e religiose e con tante donne che sopportano in silenzio sviluppando sentimenti di solitudine.

Scarsa conoscenza e natura poco chiara dei sintomi contribuiscono a fare percepire che l'IU non sia una malattia

Questo tema rappresenta la sintesi di 3 categorie: "Identificazione dell'IU attraverso i suoi sintomi" (3 risultati); "Una condizione ambigua e quindi non percepita come un disagio" (3 risultati); "Scarsa conoscenza della malattia" (3 risultati). La durata variabile dell'IU e le sue manifestazioni poco evidenti hanno fatto emergere le difficoltà nel creare una chiara descrizione dell'IU come malattia e la sua natura ambigua.

La scarsa conoscenza dell'IU è correlata al fatto che si discute poco di questa condizione.

L'esperienza provocata dall'IU e il senso di vergogna relativo a questa condizione hanno contribuito a compromettere la vita delle donne.

Questo tema è stato generato da 4 categorie: "Esperienze angoscianti e stigmatizzate" (14 risultati); "Esperienze imbarazzanti e umilianti" (10 risultati); "Senso di

compromissione" (9 risultati); "Senso di vergogna" (4 risultati). Ansia, angoscia e stigma sono stati associati all'urgenza e frequenza delle minzioni. La perdita di urina in pubblico è stata descritta dalle donne come l'esperienza più imbarazzante e umiliante. L'interruzione delle attività è correlata ad un sentimento di depressione, mancanza di prospettiva e bassa stima di sé. Viene descritto un senso di vergogna per la mancanza di autonomia.

L'IU ha provocato effetti negativi sulla vita intima e sulla soddisfazione sessuale delle donne e ha determinato cambiamenti nel loro modo di approcciarsi alla sessualità e alle sue funzioni

Questo tema rappresenta la sintesi di 2 categorie: "Cambiamenti nella sessualità e nelle funzioni sessuali" (8 risultati); "Intimità e soddisfazione sessuale" (8 risultati). L'intimità delle donne e la soddisfazione sessuale sono influenzate da sentimenti di paura, vergogna e senso di colpa riguardo ai sintomi della IU, specialmente quelli durante l'atto sessuale.

IU è considerata una conseguenza della gravidanza e del parto, dell'invecchiamento o viene interpretata come una punizione religiosa

Questo tema deriva dalla sintesi di 2 categorie: "Una conseguenza della gravidanza e del parto" (12 risultati); "Una punizione religiosa" (3 risultati). L'IU è spesso considerata una conseguenza della gravidanza e del parto, o una conseguenza dell'invecchiamento. L'IU è anche vista come una punizione religiosa.

Le donne affette da IU adottano differenti strategie per migliorare il loro stato di salute

Questo tema rappresenta la sintesi di 3 categorie: "Strategie per affrontarla" (10 risultati); "Strategie di gestione" (28 risultati); "Strategie di autocura" (7 risultati). Le strategie riguardano l'aiuto alle pazienti nell'accettare la malattia, nell'intraprendere attività di autocura, nell'evitare quindi pensieri negativi relativi alla malattia, nel condividere il problema con il partner o unirsi a gruppi sociali di aiuto. Alcune delle strategie includono una maggiore conoscenza dell'IU per minimizzare il problema e controllare le conseguenze della malattia.

Le donne hanno preferenze personali sugli operatori sanitari da cui farsi assistere e sui trattamenti da seguire; incontrano difficoltà nei trattamenti per l'IU e alcuni bisogni assistenziali non vengono soddisfatti.

Questo tema rappresenta 4 categorie: "Bisogni assistenziali non soddisfatti" (11 risultati); "Difficoltà affrontate durante la cura" (10 risultati); "preferenze personali verso gli operatori sanitari" (11 risultati); e "Preferenze personali di trattamento" (3 risultati). È stato riscontrato che i bisogni delle donne non sono adeguatamente soddisfatti dagli operatori sanitari, le donne straniere incontrano difficoltà di comunicazione, si ha la mancanza di una diagnosi medica

precisa, di un piano di azione per la loro condizione, si hanno difficoltà nella comprensione e nell'aderenza ai trattamenti proposti. In termini di preferenze, le donne generalmente preferiscono essere assistite da donne e operatori sanitari, membri della famiglia piuttosto che personale esterno e da persone che provengono dalla stessa etnia. Le donne preferiscono discutere in piccoli gruppi per avere informazioni di assistenza sanitaria. Le donne più giovani esprimono una preferenza per terapie alternative, mentre le più anziane preferiscono le cure prescritte dai medici.

Conclusioni

L'incontinenza urinaria ha un impatto significativo sulla vita delle donne e spesso questa condizione è vissuta in modo solitario. L'IU difficilmente viene identificata dalle donne dai "caregivers" come una malattia soprattutto perché manca un'adeguata conoscenza della condizione e per la sua vaga sintomatologia. Il senso di colpa e di limitazione delle attività spesso si associa a questa condizione. Inoltre, ci sono cambiamenti significativi nella vita sessuale ed emotiva con effetti negativi sull'intimità delle donne. Alcune donne percepiscono l'incontinenza urinaria come conseguenza della gravidanza e del parto. L'incontinenza urinaria ha effetti significativi sulla vita quotidiana e sui ruoli sociali e le donne incontrano difficoltà con i trattamenti proposti e alcuni bisogni assistenziali non vengono soddisfatti. Le donne che soffrono di IU usano diverse strategie per migliorare il loro stato di salute.

Implicazioni per la pratica

Sulla base dei risultati della revisione sistematica qualitativa, si raccomandano programmi personalizzati per l'incontinenza urinaria (basati sulle convinzioni religiose e culturali delle donne, sui bisogni personali, sulle preferenze e le aspettative). Nelle raccomandazioni è stata evidenziata l'importanza di fornire adeguate opportunità per discutere e condividere le esperienze personali della propria condizione con altri pazienti e operatori sanitari parlando apertamente di dubbi e incertezze e esprimendo i problemi dell'IU.

Di seguito ulteriori implicazioni per la pratica:

Un'anamnesi accurata dei sintomi dell'incontinenza urinaria è essenziale per classificare il disagio e adottare una cura adeguata, includendo anche le perdite post-partum. Dovrebbero essere forniti programmi educativi che affrontino i fattori religiosi, sociali, culturali e psicologici dell'incontinenza urinaria per sostenere le donne a comprendere le manifestazioni di incontinenza

Le donne dovrebbero essere informate sulla disponibilità di presidi che riducono le perdite urinarie in pubblico e sulle strategie da adottare come ad esempio l'uso di assorbenti igienici durante gli eventi sociali

Le donne dovrebbero essere informate e supportate per aumentare la loro consapevolezza nell'utilizzo strategie di coping e di self care nonché nell'utilizzo di sostegno sociale a loro più prossimo.

Alle pazienti dovrebbe essere fornito un approccio personalizzato nei vari stadi di diagnosi e trattamento includendo suggerimenti dettagliati su come affrontare possibili cambiamenti sul piano emotivo e sessuale causati dall'IU

POPOLAZIONE

Donne adulte che hanno incontinenza urinaria

FENOMENO DI INTERESSE

Esperienze di incontinenza urinaria

CONTESTO/SETTING

Qualsiasi contesto culturale e geografico

SINTESI DEI RISULTATI

- ▶ Sono influenzate le attività quotidiane e i ruoli sociali delle donne.
- ▶ La natura vaga dei sintomi inibisce le donne nel chiedere aiuto.
- ▶ Il senso di vergogna compromette la vita delle donne.
- ▶ Esistono dei ritardi nella richiesta di cure per l'incontinenza urinaria.



- ▶ Gli effetti negativi sulle esperienze delle donne riguardano la sfera sessuale.
- ▶ L'incontinenza urinaria viene accettata in modo remissivo e solitario.
- ▶ Le donne adottano diverse strategie per migliorare l'autocura e il controllo.
- ▶ I trattamenti variano e alcuni bisogni assistenziali non vengono soddisfatti.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

- ▶ Fornire un piano sanitario personalizzato per l'incontinenza urinaria che soddisfi le esigenze, le preferenze e le aspettative personali. **(Grado A)**
- ▶ Offrire l'opportunità di condividere le esperienze di incontinenza urinaria con altre donne che vivono lo stesso problema. **(Grado A)**
- ▶ Dare l'opportunità di condividere i problemi di incontinenza urinaria con gli operatori sanitari. **(Grado A)**
- ▶ Incoraggiare le donne a comprendere i sintomi dell'incontinenza urinaria e a parlarne apertamente. **(Grado A)**
- ▶ Incoraggiare le donne a esprimere i loro problemi in modo che gli operatori sanitari, la famiglia e gli amici possano comprendere i loro sentimenti **(Grado A)**
- ▶ Condurre un'anamnesi approfondita dei sintomi per una classificazione appropriata e trattamenti adeguati. **(Grado B)**
- ▶ Offrire attività educative per le donne per comprendere meglio le manifestazioni dell'incontinenza urinaria. **(Grado B)**
- ▶ Consigliare presidi quali ausili protettivi igienici assorbenti. **(Grado B)**
- ▶ Fornire trattamenti e consigli personalizzati sui cambiamenti sessuali ed emotivi. **(Grado A)**
- ▶ Fornire consulenza sulle risorse di supporto sociale e sull'uso di strategie di cura di sé e di coping. **(Grado A)**



References

1. Tufanaru C, Mendes A, Hoga L, Goncalves B, Silva P, Pereira P. Best Practice Information Sheets. Adult women's experiences of urinary incontinence. JBI EBP Database. 2018 [updated 2023*]; 20(4):1-5. *Update limited to visual summary (p.4) by JBI.
2. Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017; 15(5):1350-1408.

Ringraziamenti

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



Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Tufanaru C, Mendes A, Hoga L, Goncalves B, Silva P, Pereira P. [Best Practice Information Sheet] Adult women's experiences of urinary incontinence. Translated by: Accettone R., Caggianelli G., Fiorini J., Sferrazza S., Kusumam P. & D'Angelo. JBI EBP Database. 2024; 3(1) LOTE. Original published 2018



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

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

Copyright © 2024, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, SA 5006, AUSTRALIA

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



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

Daniela D'Angelo (Direttore), Roberto Accettone, Gabriele Caggianelli, Jacopo Fiorini, suor Fiorella Pampoorickal Kusumam, Silvia Sferrazza

Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

La Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)[1] sulla responsabilità professionale, ha affidato alle Linee Guida (LG) un ruolo di particolare rilevanza in tema di sicurezza e qualità delle cure, tanto da aver affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il ruolo di garante metodologico e di governance nazionale del processo produttivo delle LG.

La suddetta legge conferisce alle Società scientifiche e alle Associazioni tecnico-scientifiche delle Professioni sanitarie iscritte in apposito elenco e ad Enti ed istituzioni pubblici e privati la possibilità di produrre LG da inserire nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Il SNLG costituisce il punto di accesso istituzionale alle LG per la Pratica Clinica e la sua gestione è attribuita al Centro Nazionale Eccellenza, Qualità e Sicurezza delle Cure (CNEC) che ne definisce le priorità in merito alle tematiche cliniche, di salute pubblica e organizzative e ne valuta la qualità secondo criteri prestabiliti.

Risulta importante sottolineare che la legge Gelli-Bianco, nell'articolo 5, sancisce che gli esercenti le Professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni debbano attenersi alle raccomandazioni previste dalle LG pubblicate nel SNLG, o in mancanza delle suddette alle buone pratiche clinico-assistenziali. Tale articolo conferisce alle LG un ruolo di particolare rilevanza nell'ambito della responsabilità professionale, connettendo il tema della sicurezza e della qualità delle cure all'aderenza a LG validate.

In quest'ottica diventa di fondamentale importanza promuovere un efficiente meccanismo di produzione di LG nazionali di buona qualità, che, una volta pubblicate nel SNLG, permettano di ottenere un miglioramento della qualità delle cure e degli esiti di salute, riducendo la variabilità ingiustificata delle pratiche clinico-assistenziali.

A tal fine, risulta altresì importante ribadire quanto espresso all'interno del SNLG, ovvero che le LG sono strumenti scientifici prodotti secondo criteri

predefiniti e sono destinati esclusivamente a guidare, non a determinare in modo cogente la Pratica Clinica dei professionisti della salute e delle organizzazioni sanitarie. Non sono destinate ad essere utilizzate da laici, a meno che non sia espressamente dichiarato. Non esimono dal considerare attentamente la loro applicabilità al caso concreto in questione nonché i valori e le preferenze dei destinatari. La responsabilità finale del loro utilizzo appropriato ricade pertanto, esclusivamente, sul giudizio clinico dell'utilizzatore.

Questa rubrica nasce con la finalità di informare gli infermieri sulle ultime raccomandazioni pubblicate nel SNLG ad alto impatto sulla pratica professionale infermieristica.

A tal fine, in ogni numero, viene fornito l'estratto della LG selezionata in cui vengono messe in risalto le domande cliniche e le raccomandazioni prodotte. Queste ultime potranno guidare i professionisti nell'esercizio della pratica clinica aiutandoli ad attuare comportamenti aggiornati e allo stesso tempo a superare le pratiche obsolete non supportate da raccomandazioni aggiornate e di buona qualità. Per maggiori dettagli di ordine metodologico e contenutistico della LG presentata si invita il lettore a consultare il sito del SNLG (<https://snlg.iss.it/?cat=6>).

Ci auspichiamo che il nostro contributo porti ad un più efficiente e tempestivo trasferimento delle evidenze scientifiche all'interno della Pratica Clinica, sostenendo una pratica professionale contrassegnata da alti livelli di appropriatezza in grado di garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Ci auspichiamo, inoltre, che una capillare divulgazione delle raccomandazioni ne supporti l'inserimento all'interno di specifici PDTA, protocolli o procedure considerati strumenti imprescindibili per una reale applicazione della raccomandazione nella pratica quotidiana.



Linea Guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Estratto della Linea Guida “La valutazione multidimensionale della persona anziana” (Parte II)

(Roma, 23 novembre 2023)

INTRODUZIONE

La transizione demografica, con il significativo incremento della popolazione anziana degli ultimi decenni, ha posto in evidenza una serie di criticità di tipo organizzativo e gestionale in ambito sociale e sanitario. Secondo i dati forniti dall'ISTAT (Istituto Nazionale Italiano di Statistica) al 1° gennaio 2023, le persone con più di 65 anni, in Italia, sono 14.177.000: il 24,1% (quasi 1/4) della popolazione totale, mentre gli ultrottantenni sono 4.529.000, a rappresentare il 7,7% della popolazione totale (ISTAT, 2023).

Una delle caratteristiche principali dell'invecchiamento è la grande eterogeneità.

Il fenomeno crono-biologico dell'invecchiamento, infatti, si manifesta nei singoli individui con una grande diversità, legata ad un ampio spettro di capacità e funzioni connesse all'interazione tra le caratteristiche genetiche e biologiche, le disabilità funzionali, lo stato cognitivo e lo stato di salute determinato dalle malattie in atto (acute e croniche), le condizioni socio-economiche e relazionali che caratterizzano il vissuto della persona anziana.

La Valutazione Multidimensionale (VMD) nasce dalla necessità di studiare e registrare (attraverso l'impiego di strumenti clinimetrici validati nei diversi setting di cura) le molteplici variabili (o dimensioni) che caratterizzano la persona anziana, al fine di definire lo stato clinico, il profilo di rischio clinico, le abilità funzionali, le capacità residue, le risorse psicosociali ed i bisogni personali, per poter sviluppare e attuare un piano di cura e di assistenza appropriato e personalizzato.

DEFINIZIONE

La Valutazione Multidimensionale (VMD) è definita come un *“processo multidimensionale, multidisciplinare che identifica i bisogni di natura medica, sociale e funzionale di una persona e lo sviluppo di un piano di cura integrato e coordinato per rispondere a questi bisogni”* (Parker et al, 2018).

Gli obiettivi principali della VMD sono: migliorare l'accuratezza diagnostica, ottimizzare il trattamento medico, migliorare gli esiti di salute (inclusi lo stato

funzionale e la qualità di vita), ottimizzare l'ambiente di vita, minimizzare l'uso di servizi non necessari, e organizzare una gestione personalizzata a lungo termine della persona anziana (Rubenstein LZ, 2004).

Le dimensioni che la VMD intende misurare, usualmente, sono raggruppate in quattro domini: **salute fisica** (inclusa anamnesi, esame fisico, dati di laboratorio e lista dei problemi, indicatori specifici di malattia e pratiche di prevenzione); **stato funzionale** (incluse le attività di vita quotidiana e le attività strumentali di vita quotidiana (ADL, IADL), ed altri parametri come la mobilità e la qualità di vita); **salute psicologica** (inclusi lo stato cognitivo e affettivo) e **parametri socio-ambientali** (la rete sociale e supporti ai bisogni, sicurezza e adeguatezza dell'ambiente di vita) (Parker et al, 2018).

Da un punto di vista operativo, la VMD è un processo che si attua in tre fasi operative distinte: 1) la valutazione diagnostica; 2) lo sviluppo di indicazioni riguardanti il piano di cura e di assistenza; 3) implementazione di tali indicazioni e la verifica dell'aderenza al piano di trattamento previsto dalla VMD.

L'attuazione della VMD, da parte del team interdisciplinare, prevede fondamentalmente sei momenti-chiave: 1) la raccolta dati; 2) la discussione dei dati raccolti tra i membri del team; 3) lo sviluppo del piano di trattamento; 4) l'implementazione del piano di trattamento; 5) il monitoraggio e 6) l'eventuale revisione del piano di trattamento (Reuben et al, 2022).

VMD E PROGnosi

Uno degli aspetti più innovativi emersi in anni recenti è il ruolo della VMD nel determinare la prognosi della persona anziana (Zampino et al, 2022).

I parametri multidimensionali esplorati dalla VMD (come lo stato funzionale, la multimorbilità e i determinanti socio-economici) risultano essere tra i principali indicatori prognostici di esito negativo nella persona anziana, in particolare mortalità (Gill et al, 2010). È importante identificare nella letteratura gli strumenti prognostici multidimensionali, basati sulla VMD, metodologicamente validati, e promuovere una cultura



dell'utilizzo della prognosi del paziente al fine di facilitare la discussione tra professionisti sanitari e pazienti (e/o loro *caregiver*) sulle decisioni cliniche condivise basate su evidenze scientifiche.

La presente Linea Guida fornisce un importante contributo metodologico, clinico e organizzativo, valutando il ruolo dell'approccio multidimensionale alla persona anziana nel suo contesto clinico-funzionale-psico-sociale, al fine di perseguire una qualità di cure volte al miglioramento della qualità di vita della persona e non solo alla guarigione della malattia.

RAGIONI ALLA BASE DELLA LG

La LG sulla VMD della Persona Anziana nasce dall'esigenza di definire, in base alle evidenze presenti in letteratura, le basi scientifiche, concettuali e procedurali di applicazione della VMD nei diversi contesti clinici (Medicina Generale e cure primarie, area ospedaliera, area residenziale, area delle Cure Palliative) in cui viene richiesto, per la persona anziana, un percorso di valutazione e di trattamento multidimensionale e interdisciplinare, in termini di cura, assistenza e riabilitazione.

OBBIETTIVO DELLA LG

L'obiettivo della presente Linea Guida sulla VMD della Persona Anziana è quella di produrre, sulla base dell'analisi della letteratura scientifica attualmente disponibile, le **Raccomandazioni Cliniche** e **Raccomandazioni di Ricerca** che riguardano:

- A) l'efficacia dell'intervento di VMD nel ridurre o migliorare una serie di esiti ("*outcome*");
- B) quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire gli esiti.

GRUPPO DI LAVORO

Alla luce della grande eterogeneità dei contesti clinici e organizzativi in cui la VMD viene applicata, i **promotori** della presente LG, la Società Italiana di

Geriatrics Ospedale e Territorio (**SIGOT**) e la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (**SIMG**), in collaborazione con l'**Istituto Superiore di Sanità** (ISS), hanno deciso di coinvolgere **25 Società Scientifiche, Istituzioni ed Enti in rappresentanza di organi professionali e della società civile**, che hanno nominato ed indicato i loro rappresentanti quali membri del **Team multidisciplinare di esperti**.

METODOLOGIA

La presente LG è stata sviluppata in base alla metodologia definita nel Manuale metodologico per la produzione di Linee Guida di Pratica Clinica (CNEC 2019). I contenuti della linea guida sono riportati in accordo alle *checklist* metodologiche elaborate dal gruppo Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE).

Per l'analisi delle prove e la formulazione delle raccomandazioni è stato seguito il metodo Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Le raccomandazioni fornite dalla LG sono classificate come "forti" o "deboli".

In specifici casi, sono state formulate raccomandazioni di ricerca finalizzate a stimolare la produzione di evidenze in specifiche aree ritenute promettenti, ma per le quali le prove disponibili sono ancora limitate.

La definizione della forza di una raccomandazione, essendo basata su elementi quali, ad esempio, la qualità delle evidenze e il rapporto tra rischi e benefici, riflette un *continuum*.

La valutazione complessiva della qualità delle evidenze, infatti, non è la somma della qualità dei singoli studi inclusi, ma il riflesso sia della qualità metodologica dei singoli studi che del ruolo e del peso che ciascuno di essi ha nel determinare la stima di effetto complessiva. Non sono state elaborate raccomandazioni nei quesiti relativi agli studi di prognosi 4, 6, 7, 8, in quanto non sono stati trovati studi prognostici nei relativi *setting*.

forte contro debole contro continuum debole a favore forte a favore

RISULTATI

4° Quesito 4A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso?

L'analisi degli studi di intervento in Pronto Soccorso ha evidenziato che l'esecuzione di una VMD è in grado di ridurre del 9% il rischio di ospedalizzazione nei soggetti anziani, rispetto alle cure standard.

Tale dato è di notevole importanza clinica e socio-economica in quanto suggerisce che l'applicazione di un metodo basato sulla VMD anche in un *setting* come il PS potrebbe contenere il rischio di future ospedalizzazioni con quindi migliore prognosi per il paziente.

Inoltre, l'esecuzione della VMD in PS potrebbe essere in grado di ridurre il rischio di compromissione funzionale in un periodo di *follow-up* compreso tra 4 e 12 mesi (riduzione stimata del 24%) ed il rischio di ri-ammissione in PS in un arco temporale dalle due settimane ai 12 mesi successivi al primo accesso (riduzione stimata dell'11%)



rispetto ai soggetti trattati secondo la normale pratica clinica. Al contempo, vista l'assenza di differenze tra VMD e *standard care* per quanto riguarda i tassi di mortalità e la qualità di vita, ulteriori studi sono necessari per questi esiti.

QUESITO 4A: Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso?		
RACCOMANDAZIONE 4A		
Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale per ridurre il tasso di ospedalizzazione in persone anziane afferenti al PS.	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale per ridurre la compromissione funzionale, in un arco temporale compreso tra 4 e 12 mesi, in persone anziane afferenti al PS.	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale per ridurre la riammissione in PS, in un arco temporale dalle due settimane ai 12 mesi successivi al primo accesso, in persone anziane afferenti al PS.
POSITIVA DEBOLE	POSITIVA DEBOLE	POSITIVA DEBOLE

Quesito 5A: studi di intervento

Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani che afferiscono ad ambulatori specialistici di area medica?

Gli studi di intervento trovati nei reparti di area medica hanno dimostrato che la VMD ha dei benefici, in termini di riduzione del tasso di ricovero nelle strutture residenziali, di circa il 13%. Tale risultato è di notevole importanza anche dal punto di vista di salute pubblica, visto che molti anziani sono ricoverati presso strutture residenziali. Il nostro lavoro mostra che la VMD dovrebbe essere usata alla dimissione ospedaliera per ottimizzare il percorso della persona anziana ricoverata e ridurre ricoveri potenzialmente impropri nelle strutture residenziali. Al contempo, come riportato sopra, non ci sono differenze sulla mortalità e sulla ri-ospedalizzazione tra VMD e *standard care*: tali evidenze suggeriscono che ulteriori studi sono necessari per questi esiti.

QUESITO 5A: Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani che afferiscono ad ambulatori specialistici di area medica?	
RACCOMANDAZIONE 5A	
Si raccomanda di usare la valutazione multidimensionale al fine di ridurre il tasso di ricovero in strutture residenziali nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.	Si raccomanda di non usare la valutazione multidimensionale al solo scopo di ridurre il tasso di mortalità o di ri-ospedalizzazione nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.
POSITIVA FORTE	NEGATIVA FORTE



Quesito 5B: studi di prognosi

Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani ricoverati presso reparti di area medica?

La capacità di prevedere esiti negativi (come la morte) è fondamentale in Medicina.

In letteratura, sono stati proposti molti strumenti prognostici, spesso specifici per singola condizione come nel caso della cirrosi epatica, dei sanguinamenti gastro-intestinali e della fibrillazione atriale. La VMD è comunemente usata come percorso per stratificare la prognosi nella persona anziana.

In particolare, nel *setting* dei reparti di area medica, la VMD può essere usata non solo per predire esiti negativi (in particolare, la mortalità), ma anche per prendere decisioni cliniche, come terapie ed esami diagnostici invasivi oppure per ottimizzare percorsi assistenziali come il ricovero in strutture residenziali.

In tal senso, la nostra Revisione sistematica della letteratura ha dimostrato che tra gli strumenti multidimensionali comunemente usati nei reparti di area medica, vi è a disposizione un'ampia letteratura riguardo il Multidimensional Prognostic Index (MPI), che si è dimostrato accurato e preciso nel predire non solo la mortalità, ma anche altri esiti negativi che possono, dunque, aiutare il clinico in reparto, nel quotidiano.

QUESITO 5B: **Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani ricoverati presso reparti di area medica?**

RACCOMANDAZIONE 5B

Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il multidimensional prognostic index (MPI), al fine di predire il rischio di mortalità a breve (<1 mese), medio (6 mesi) e lungo termine (12 mesi) nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.

POSITIVA DEBOLE

Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso un CGA-based Predictive Score (studio DAMAGE), al fine di predire il rischio di mortalità a 12 mesi e attraverso l'HOPE Index (Hospitalized Older Patient Examination) ed il Mortality Risk Index (MRI) a 24 mesi, nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.

POSITIVA DEBOLE

Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il multidimensional prognostic index (MPI), al fine di predire il rischio di ammissione in strutture residenziali nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.

POSITIVA DEBOLE

Si raccomanda di usare la valutazione multidimensionale, attraverso l'HOPE Index, al fine di predire il rischio di ri-ospedalizzazione a 24 mesi nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.

POSITIVA FORTE

Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il Multidimensional prognostic index (MPI), al fine di predire il rischio di prolungata degenza in ospedale nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica

POSITIVA DEBOLE

Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il multidimensional prognostic index (MPI), al fine di individuare pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica a rischio di delirium

POSITIVA DEBOLE



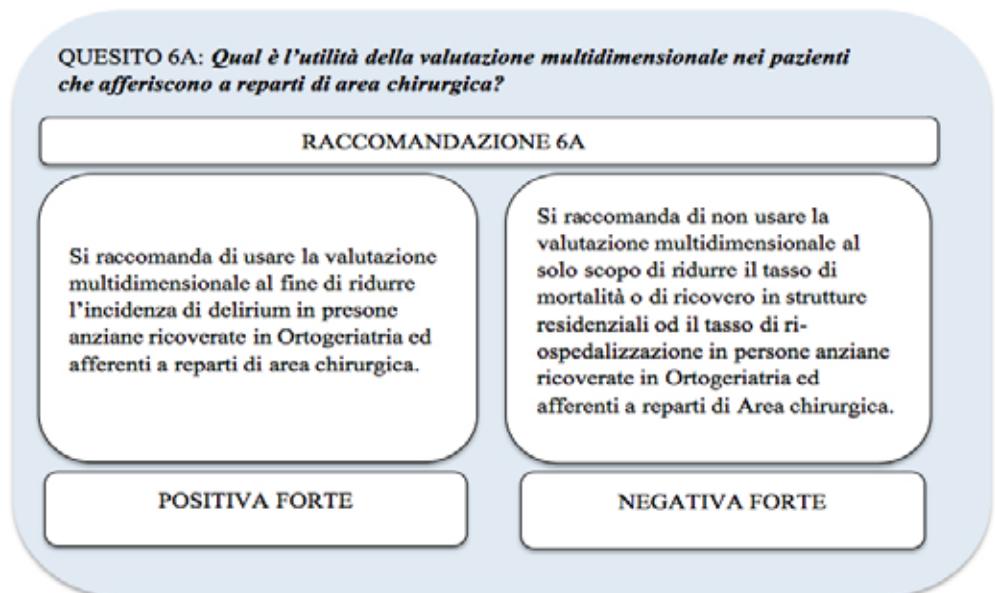
Quesito 6A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono a reparti di area chirurgica?

Gli studi di intervento trovati nei reparti di area chirurgica, prevalentemente in Ortogeriatrica, hanno dimostrato che la VMD ha dei benefici in termini di riduzione del tasso di *delirium* di circa il 24%.

Tale risultato è di notevole importanza anche dal punto di vista di salute pubblica visto che l'incidenza di *delirium* intraospedaliera si associa ad elevata mortalità, allungamento dei giorni di degenza e rischio di istituzionalizzazione, deterioramento delle funzioni residue (cognitive e funzionali) nonché di ri-ospedalizzazione.

Il nostro lavoro mostra che la VMD dovrebbe essere usata nei reparti di area chirurgica dall'ingresso, per ottimizzare il percorso della persona anziana ricoverata. Al contempo, come già riportato, non ci sono differenze dirette sulla mortalità, ricovero in strutture residenziali e sulla ri-ospedalizzazione tra VMD e *standard care*: tali evidenze suggeriscono che ulteriori studi sono necessari per questi esiti.

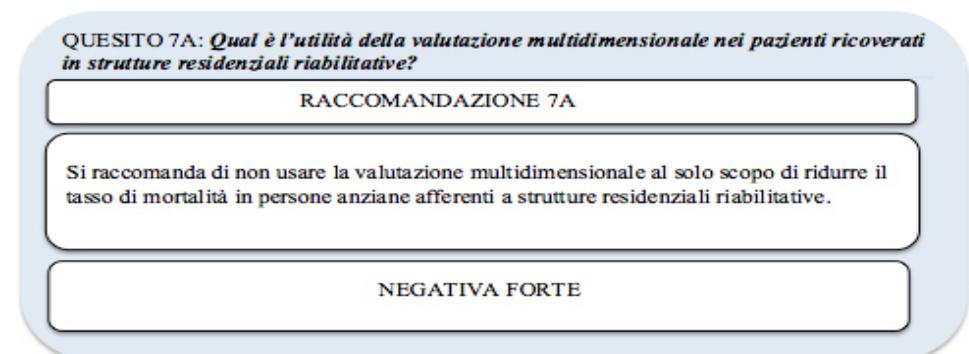


Quesito 7A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti ricoverati in strutture residenziali riabilitative?

Gli studi di intervento oggi disponibili in letteratura, relativamente all'impiego della VMD in anziani ricoverati in strutture residenziali di tipo riabilitativo, hanno dimostrato che la VMD non risulta efficace nel ridurre, nell'arco di un periodo di osservazione di 12 mesi, la mortalità, la ospedalizzazione ed il declino funzionale.

A fronte della rilevanza del quesito di fondo, il livello qualitativo dei dati clinici sperimentali oggi disponibili suggerisce la necessità di ulteriori studi clinici per meglio definire il ruolo della VMD in questo rilevante ambito di cura della persona anziana.





Quesito 8A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti ricoverati in strutture residenziali a lungo termine?

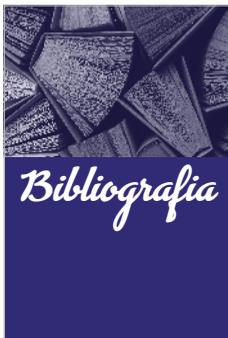
Le prove sull'utilità della VMD nei pazienti ricoverati in strutture residenziali a lungo termine sono scarse. Nell'evidenza inclusa, gli stessi autori riportano come diversi fattori hanno probabilmente influenzato lo studio, tra cui la scelta dello strumento di valutazione Charlson Comorbidity Index (CCI), non particolarmente sensibile nel registrare le comorbilità in persone fragili anziane, la mancata raccolta di ulteriori dati sullo stato delle persone incluse nello studio, unitamente alle cartelle cliniche incomplete di quest'ultime.

QUESITO 8A: *Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti ricoverati in strutture residenziali a lungo termine?*

RACCOMANDAZIONE 8A

Si raccomanda di non usare la valutazione multidimensionale al solo scopo di ridurre il tasso di mortalità o di ricovero in ospedale in persone anziane ricoverate in strutture residenziali a lungo termine.

NEGATIVA DEBOLE



- Gill T.M, Gahbauer E.A, Han L, Allore H.G, Trajectories of disabilities in the last year of life. N Engl J Med 2010; 362: 1173-1180. Istituto Italiano di Statistica, ISTAT. <https://www.istat.it/it/archivio/285017>. (accesso 28/08/2023)
- Parker S.G, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, Kennedy S, Roberts H, Conroy S, What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing 2018; 47: 149–155. doi: 10.1093/ageing/afx166.
- Reuben D.B, Uyan R.J, Wong V.S, Chapter VIII. Principles of Geriatric Assessment. In Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 8th Edition, Halter J.B, Ouslander J.G, Studenski S, High K.P, Asthana S, Supiano M.A, Ritchie C.S, Schmader K Editors, McGraw Hill, New York 2022: 117-132.
- Rubenstein L.Z, Joseph T, Freeman award lecture: comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. J Gerontol A Biol Sci Med Sci ;59(5):473-477. 2004. doi:10.1093/gerona/59.5.m473.
- Zampino M, Polidori M.C, Ferrucci L, O'Neill D, Pilotto A, Gogol M, Rubenstein L, Biomarkers of aging in real life: three questions on aging and the comprehensive geriatric assessment. Geroscience. Jul 7:1–12. doi:10.1007/s11357-022-00613-4. 2022.



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: Konnyu K.J, Yogasigam S, Lépine J, Sullivan K, Alabousi M, Edwards A, Hillmer M, Karunanathan S, Lavis J.N, Linklater S, Manns B.J, Moher D, Mortazhejri S, Nazarali S, Paprica P.A, Ramsay T, Ryan P.M, Sargious P, Shojania K.G, Straus S.E, Tonelli M, Tricco A, Vachon B, Yu CHY, Zahradnik M, Trikalinos T.A, Grimshaw J.M, Ivers N, "Quality improvement strategies for diabetes care: Effects on outcomes for adults living with diabetes". Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 5. Art. No.: CD014513. DOI: 10.1002/14651858.CD014513.¹

Autori: Valentina Vanzi, Daniela D'Angelo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che circa 422 milioni di persone nel mondo abbiano il diabete e che la maggior parte di esse viva in Paesi a basso e medio reddito.

Inoltre, l'OMS ritiene che, entro il 2030, il diabete potrebbe diventare la prima causa di morte a livello globale².

Anche in Italia, la popolazione diabetica è in forte crescita: dai 4 milioni di pazienti attuali sono circa 6 milioni quelli attesi nel 2050.

La rilevanza, in termini di morbilità e mortalità, è altissima, considerando che 1,5 milioni di decessi sono direttamente attribuibili al diabete ogni anno e che altri 2,2 milioni di morti sono correlate alle conseguenze cardiache, vascolari, renali e oculari che da esso derivano.

Questo dato ha delle ricadute economiche indiscutibili, considerando che la maggior parte della spesa associata alla patologia diabetica è determinata dal trattamento delle complicanze.

Dunque, i costi per gestire questa patologia cronica rischiano di diventare davvero insostenibili.

Basti pensare che le nefropatie e le complicanze macrovascolari, che richiedono amputazioni e rivascolarizzazioni degli arti inferiori, sono i problemi collegati al diabete dotate di maggiore rilevanza sui costi assistenziali, con un addizionale che si aggira intorno ai 4,5-5 mila euro/anno/paziente. A seguire: le patologie cerebrovascolari (con un + 3.500 euro/anno), le cardiopatie, la retinopatia, la neuropatia e le complicanze acute, con un costo addizionale compreso tra 1.500 e 2.000 euro/anno³.

Al fine di ridurre l'insorgenza di complicanze invalidanti a breve e, soprattutto, a lungo termine è essenziale migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti diabetici. I programmi di miglioramento della qualità che utilizzano strategie diverse aiutano gli operatori sanitari a migliorare

l'assistenza ai pazienti con una patologia cronica come il diabete.

L'obiettivo di questa Revisione, perciò, è stato quello di valutare l'efficacia di programmi di miglioramento della qualità nella care dei pazienti diabetici.

A tal fine è stata condotta una ricerca bibliografica su quattro database (CENTRAL, MEDLINE, Embase e CINAHL) e nei registri degli studi clinici (ClinicalTrials.gov e WHO ICTRP) fino al 4 giugno 2019.

Successivamente, è stato verificato che non fossero stati pubblicati studi fino al 23 settembre 2021.

Gli autori hanno identificato 553 studi (428 *patient-randomised* e 125 *cluster-randomised trials*), che hanno incluso un totale di 412.161 persone con diabete. Gli studi sono stati condotti in diversi Stati, con una predominanza (n. 231) negli USA e nella maggior parte dei casi hanno avuto una durata di 12 mesi. In tanti (n. 367) hanno interessato soggetti con diabete di tipo 2. Circa il 50% era di genere femminile; l'età media dei partecipanti: 58,4 anni. Gli autori hanno esaminato 12 tipi di strategie di miglioramento della qualità, suddivisibili nel seguente modo: quattro strategie sono state rivolte agli operatori sanitari ed erano focalizzate su programmi di *audit* e *feedback*, formazione professionale, promemoria per i sanitari ed incentivi economici; tre strategie sono state rivolte alle persone affette da diabete ed hanno riguardato l'educazione del paziente, dei suoi promemoria e la promozione del *self care*; cinque strategie hanno coinvolto le organizzazioni sanitarie ed hanno riguardato il *case management*, i cambiamenti di team, il registro elettronico dei pazienti, la comunicazione facilitata di informazioni cliniche ed il miglioramento continuo della qualità.

Gli interventi più studiati in letteratura sono inerenti l'educazione e la promozione del *self care* ed il *case management*.



Per quantificare l'impatto clinico delle strategie di miglioramento dell'erogazione dell'assistenza, sono stati considerati 13 *outcome* clinici tra cui: il controllo glicemico (nello specifico, l'emoglobina glicata-HbA1c media); la gestione dei fattori di rischio cardiovascolare (es. pressione sanguigna sistolica media-SBP); colesterolo lipoproteico a bassa densità (LDL-C); la percentuale di persone diabetiche che hanno smesso di fumare e lo *screening*/prevenzione delle complicanze microvascolari (es. percentuale di pazienti sottoposti allo *screening* podologico o per la retinopatia) e la presenza di episodi dannosi (es. percentuale di pazienti con ipo/iperglicemia).

L'HbA1c è stato l'*outcome* riportato più frequentemente. Da un punto di vista statistico, l'associazione di ciascuna strategia di miglioramento della qualità con i risultati degli *outcome* appena enunciati è stata modellata utilizzando una serie di modelli di regressioni gerarchiche multivariable in un *framework* Bayesiano.

In base ai risultati del modello, le diverse strategie di miglioramento sono state classificate da un punto di vista qualitativo in tre livelli (superiore, medio, inferiore). Nel complesso, il *case management*, i cambiamenti del team, l'educazione dei pazienti e la promozione del *self care* si sono dimostrate strategie di miglioramento molto valide per la *care* del diabete, in riferimento alla maggior parte degli *outcome* in esame (livello superiore). Le strategie multicomponenti (mediamente strutturate su tre approcci) si sono rivelate più efficaci rispetto al singolo intervento: basti pensare che, ad esempio, quella basata sulla combinazione di interventi di educazione, *reminders* al paziente e cambiamenti del team, ha portato ad un aumento del 33% dei pazienti diabetici che si sono sottoposti ai test di prevenzione della retinopatia e del 38% allo *screening* podologico.

Sebbene l'efficacia dell'uso singolo e/o combinato di strategie di miglioramento per la *care* dei pazienti diabetici abbia un valore umano incontestabile evidente in termini clinici (considerato il netto miglioramento dei valori ematochimici presi in esame, nonché l'aumento delle

percentuali di pazienti che si sottopongono a *screening* per la prevenzione delle complicanze multi-organo, *in primis* retinopatia e piede diabetico) da un punto di vista economico non è facile "monetizzare" tali strategie.

Di fatto, disponiamo dei costi della patologia diabetica (ad oggi, in Italia, si tratta di circa 20 miliardi l'anno, di cui circa nove miliardi di costi diretti per il Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto a causa di comorbidità ed ospedalizzazioni e 11 miliardi di costi indiretti che gravano su pazienti, *caregiver* e collettività⁴), senza quantificare i costi degli interventi di miglioramento (ad es. la spesa per la formazione e l'acquisizione dell'*expertise* dei professionisti sanitari; il cambio di organizzazione per il passaggio al *case management*; le risorse necessarie e le ore/lavoro da dedicare all'educazione ed all'autogestione del paziente, ecc..). Sarebbe utile - ed opportuno - valutare questi aspetti in un'ottica di *spending review* per promuovere l'*evidence based healthcare*.

Inoltre, sebbene questa Revisione faccia emergere l'indiscutibile efficacia, in termini clinici e conseguentemente economici, dell'educazione del paziente e della promozione del *self care*, sarebbe opportuno indagare quali strategie specifiche, le tempistiche e le risorse siano state utilizzate. Infatti, la variabilità anagrafica (dall'età pediatrica a quella geriatrica), culturale, sociale e clinica della popolazione affetta da diabete (considerando, cioè, una tale eterogeneità) si esclude la possibilità di un unico approccio educativo, obbligando ad una personalizzazione ed un adattamento delle varie strategie. Un'analisi più approfondita permetterebbe di valutare l'applicabilità e la fattibilità di questi interventi nei propri contesti per promuovere una pratica basata sulle evidenze.

Data la rilevanza clinica e la dinamicità della ricerca scientifica in tale ambito, gli autori, nelle conclusioni, hanno deciso di rendere questa Revisione una *living Review*, da aggiornare almeno una volta l'anno, incorporando nuove prove rilevanti man mano che diventano disponibili.

¹Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, fascicolo 5, DOI: 10.1002/14651858.CD014513 (visita il sito www.cochranelibrary.com per informazioni). Le Revisioni Cochrane vengono regolarmente aggiornate in presenza di nuovi elementi e in risposta ai *feedback* ricevuti, dunque la versione più recente del contributo può essere consultata sul Cochrane Database of Systematic Reviews.

²Report of the fifth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Diabetes: hybrid meeting, 7-8 June 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

³https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/focus-diabete/2018-06-27/il-costo-malattia-diabetica_105318.php?uid=AE02hE-DF&refresh_ce=1 accesso il 5.02.2024

⁴https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=118678 accesso il 5.02.2024



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Studio italiano analizza il contributo dei *caregiver* informali nell'auto-cura dei pazienti trattati con agenti antitumorali orali

Sull'European Journal of Oncology Nursing è possibile reperire l'articolo: "Contributo dei *caregiver* all'auto-cura dei pazienti trattati con agenti antitumorali orali: uno studio descrittivo-qualitativo", a cura di: Fabio Sollazzo, Marco Di Nitto, Lorenza Rosito, Francesco Torino, Rosaria Alvaro, Federica Lacarbonara, Ercole Vellone e Angela Durante.

Per gestire adeguatamente la terapia con agenti antitumorali orali (OAA) vanno implementati appropriati comportamenti di auto-cura e, in questo, i *caregiver* informali potrebbero essere di supporto, contribuendo alla cura di sé del paziente.

Questo studio, perciò, condotto attraverso interviste semi-strutturate (che includevano *caregiver* informali adulti di pazienti anziani con neoplasie solide, sottoposti a terapia con OAA per almeno tre mesi) mirava ad esplorare e descrivere il contributo del *caregiver* alla cura di sé e la relativa esperienza di cura tra quelli informali di pazienti in terapia con OAA.

Ne sono stati intervistati 23, con età media di 57,2 (SD \pm 15,8) e, dall'analisi qualitativa del contenuto, sono stati trovati 18 codici, di cui dieci in riferimento al contributo del *caregiver* e classificati nelle tre dimensioni di mantenimento della cura di sé: comportamenti per mantenere stabile la malattia; monitoraggio dei sintomi ed effetti collaterali della cura di sé e gestione del peggioramento dei sintomi (secondo la Teoria di medio raggio della cura di sé delle malattie croniche). L'esperienza è stata aggregata in due temi principali: aspetti negativi (ad esempio, carico, stato emotivo, abnegazione, isolamento sociale) e aspetti positivi del *caregiving*. Gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'importanza del ruolo del *caregiver* informale nel supporto alla persona trattata con OAA, tenendo conto anche delle sue attitudini a prevenire situazioni gravose. Bisognerebbe incoraggiare la comunicazione e l'educazione nella

diade *caregiver*/paziente, affinché si faccia strada una visione olistica della cura, con un approccio centrato sul paziente. Chiaramente, dovrebbero essere effettuati ulteriori studi qualitativi e con metodi misti, visto che i risultati di questo rappresentano solo un primo passo nella comprensione della cura di sé nel paziente adulto: un processo complesso in cui il contributo del *caregiver* può svolgere un ruolo cruciale. Gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'importanza dei *caregiver* familiari nel sostenere il proprio caro e aiutarli a comprendere fino in fondo il proprio ruolo, affinché aiutino a migliorare la cura di sé del paziente, preservando, al contempo, il proprio benessere.



JCN, qualità della vita e cura di sé nella diade *caregiver*/paziente con insufficienza cardiaca

Sul Journal of Cardiovascular Nursing è possibile leggere l'articolo "L'impatto di un intervento utile a migliorare il contributo del *caregiver* nell'insufficienza cardiaca sulla

sua cura di sé, sull'ansia, la depressione, la qualità della vita e del sonno", a firma dei ricercatori: Giulia Locatelli; Paola Rebora; Giuseppe Occhino; Davide Ausili; Barbara Riegel; Andrea Cammarano; Izabella Uchmanowicz; Rosaria Alvaro; Ercole Vellone e Valentina Zeffiro.

Rispetto allo scompenso cardiaco, più il *caregiver* ha cura di sé e più i risultati migliorano sul paziente. Tuttavia, il *caregiver* e/o gli operatori sanitari avvertono più ansia e spesso la depressione, dormono poco e, in generale, hanno una scarsa qualità di vita. Non è ancora chiaro, infatti, se gli interventi che incoraggiano i *caregiver* a contribuire di più alla cura di sé del paziente potrebbero, viceversa, aumentare l'ansia e la depressione in loro, diminuendone la qualità della loro vita.

Lo scopo di questo studio, perciò, è stato di valutare l'impatto di un colloquio motivazionale finalizzato al miglioramento, nel *caregiver*, della cura di sé, in caso di assistenza a pazienti con insufficienza cardiaca.



L'articolo è stato approntato per mezzo di un'analisi dei risultati secondari dello studio MOTIVATE-HF, e strutturato su pazienti con insufficienza cardiaca e i loro *caregiver*. Nel corso dell'anno dello studio, su un campione di 510 diadi paziente-*caregiver*, i livelli di ansia, depressione, qualità della vita e sonno negli operatori sanitari non sono cambiati significativamente. Ciò significa che il colloquio motivazionale, per migliorare il contributo del *caregiver* alla cura di sé, non sembrerebbe aumentare ansia e depressione, né diminuire qualità di vita e del sonno. Pertanto, un tale intervento potrebbe essere somministrato in sicurezza a quelli di pazienti con insufficienza cardiaca, sebbene siano necessari ulteriori studi a conferma dei risultati.



Diade di genere e qualità della relazione in caso di scompenso cardiaco. Quanto influenzano la cura di sé?

L'articolo "La diade di genere e la qualità della relazione influenzano la cura di sé nell'insufficienza cardiaca" a cura di: Michael A. Stawnychy, Ercole Vellone, Valentina Zeffiro, Anne M. Teitelman, Maddalena De Maria e Barbara Riegel, è stato pubblicato su Clinical Nursing Research.

Senza dubbio, i *caregiver* promuovono la cura di sé in caso di scompenso cardiaco, ma poco si sa su come la qualità della relazione e il genere (maschile/femminile) della diade influenzino la cura di sé.

Lo scopo di questo studio, dunque, è stato di valutare il contributo del genere della diade e della qualità delle relazioni sulla cura di sé, nello scompenso cardiaco. Il genere di diade è stato classificato in base al sesso del paziente/*caregiver*, quale: maschio-maschio (M+M), femmina/femmina (F+ F), femmina/maschio (Fp+Mc) e maschio/femmina (Mp+Fc).

Il Self-Care of Heart Failure Index v.6.2 ha misurato la cura di sé; la Mutuality Scale ha valutato la qualità della relazione; la regressione lineare univariata ha identificato i determinanti del mantenimento della cura di sé e dell'autoefficacia del paziente.

Il campione (n=503) è stato del 48% Mp+Fc; 27% F+F; 15% Fp+Mc e 10% M+M.

Una migliore mutualità del *caregiver*, nelle diadi M+M, era associata a un minore mantenimento della cura di sé ($b = -7,45$, IC 95% $[-13,80, -1,11]$) e dell'autoefficacia ($b = -18,07$, IC 95% $[-29,11, -7,04]$); mentre, una migliore mutualità dei pazienti era associata a una maggiore autoefficacia per le diadi M+M ($b=12,63$, IC al 95%).

La mutualità e la diade di genere, dunque, appaiono importanti per la cura di sé, così come, negli interventi comportamentali, è sempre giusto considerare il ruolo del genere della diade.

DOI: [10.1177/10547738221119338](https://doi.org/10.1177/10547738221119338)



Journal of Advanced Nursing articolo analizza i cluster di pazienti con insufficienza cardiaca in base ai sintomi psicologici e fisici

Sul Journal of Advanced Nursing è stato pubblicato l'articolo: "Analisi dei cluster di pazienti con insufficienza cardiaca in base ai sintomi

psicologici e fisici e analisi predittiva degli appartenenti ai cluster" di: Giulia Locatelli, Paolo Iovino, Alessandro Pasta, Corrine Y. Jurgens, Ercole Vellone e Barbara Riegel.

I pazienti con insufficienza cardiaca manifestano molteplici sintomi concomitanti, che riducono la loro qualità di vita, aumentando i tassi di ospedalizzazione e di mortalità. Gli obiettivi di questo studio sono stati quelli di raggruppare i pazienti con insufficienza cardiaca in base ai sintomi fisici e psicologici e prevedere l'appartenenza allo stesso cluster di sintomi, utilizzando variabili sociodemografiche e cliniche.

Il metodo utilizzato è stato quello dell'analisi secondaria dello studio MOTIVATE-HF (che ha reclutato 510 pazienti con insufficienza cardiaca da un ospedale, un paziente ambulatoriale e una comunità in Italia).

I risultati hanno identificato quattro cluster, in base all'intensità e alla combinazione di sintomi fisici e psicologici, così denominati: "disagio elevato"; "disagio misto" (sintomi psicologici elevati, sintomi fisici bassi); "disagio moderato" e "disagio basso", riscontrando differenze cliniche e sociodemografiche tra i cluster. La classe NYHA (New York Heart Association) e la qualità del sonno erano le variabili più importanti nel predire l'appartenenza al cluster di sintomi.

Questi risultati possono supportare lo sviluppo di interventi personalizzati di gestione dei sintomi e lo studio degli effetti dei cluster di sintomi sugli esiti per i pazienti. Ovviamente, tali esiti possono essere particolarmente utili ai professionisti sanitari, pazienti e ricercatori perché pongono in evidenza l'importanza di affrontare gruppi di sintomi per facilitarne rilevamento e gestione.

Conoscere quali variabili predicano meglio l'appartenenza ai cluster di sintomi può consentire di ottenere dei benefici anche quando non c'è accesso diretto ai dati sui sintomi.

Info: <https://doi.org/10.1111/jan.15890>



L'OPI di Roma nominato Centro di Eccellenza JBI

L'OPI di Roma, a seguito di un costante impegno nel promuovere e sostenere un'assistenza sanitaria basata sull'evidenza scientifica, già nella "famiglia" del Joanna Briggs Institute dal 2015, in questi giorni ha ottenuto il prestigioso riconoscimento di **Centro di Eccellenza JBI**.

Il JBI è un'organizzazione, con sede in Australia che, in collaborazione con oltre 80 Enti sanitari di tutto il mondo, è impegnata nello sviluppo e implementazione delle evidenze scientifiche nella pratica clinica e rappresenta un punto di riferimento per tutta la comunità scientifica e infermieristica.

Il Centro di Eccellenza italiano JBI, denominato "Italian Evidence-based Practice Nursing Scholarship: a JBI Centre of Excellence", è il primo Centro italiano ad essere entrato nella capillare rete di organizzazioni che collaborano con il JBI, in qualità di Centri di Eccellenza. In linea con la *mission* del Joanna Briggs Institute, il neo Centro di Eccellenza JBI dell'OPI di Roma, continuerà ad impegnarsi nel favorire il progresso scientifico e l'avanzamento della pratica assistenziale, traducendo i risultati della ricerca in benefici tangibili per i pazienti e per la salute pubblica, promuovendo, assieme, la cultura dell'*Evidence Based Practice* (EBP) nelle organizzazioni assistenziali e di ricerca.

L'augurio è che altre strutture italiane possano entrare a far parte della rete di collaboratori JBI, così da creare un *network* nazionale pervasivo, aperto al confronto e al dibattito internazionale.

Info: <https://jbi.global/>



In Breve

Oltre 60 i progetti presentati per il 2024

Quest'anno, la *Call* destinata alla presentazione dei progetti di ricerca per il Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma ha ricevuto un enorme successo, a testimonianza della bontà dell'iniziativa, voluta, 15 anni fa, dal direttore scientifico **Gennaro Rocco**.

Per il 2024, sono arrivati 61 progetti che saranno vagliati, in doppio cieco, da un *team* di valutatori esterni estratti a sorte.

Gli elaborati selezionati saranno finanziati dopo le valutazioni degli esperti e del Consiglio direttivo dell'OPI di Roma, andandosi a aggiungere agli oltre 450 già approvati dal CECRI in questi tre lustri.



Alla Sapienza Conferenza di *Management e Leadership* nei luoghi di cura



Si è tenuta giovedì 11 aprile, la I Conferenza Internazionale di *Management e Leadership* nei luoghi di cura, a cura del Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma.

L'evento, dal titolo "La salute organizzativa degli infermieri e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche: il ruolo del *middle management*", si è svolto nella sala Convegni del Consiglio Nazionale delle Ricerche, e ha visto avvicinarsi sul palco, fino al pomeriggio, diversi esperti italiani e stranieri.

La Conferenza, infatti, ha avuto lo scopo di approfondire e di confrontarsi sull'impegno verso la promozione e lo sviluppo della *leadership* infermieristica del *middle manager*.

Inoltre, per l'occasione, e per la prima volta, sono stati presentati i dati dello studio nazionale finanziato e sostenuto dal CECRI per dimostrare alla comunità scientifica l'influenza diretta del coordinatore infermieristico sul benessere organiz-

zativo degli infermieri (*stress, burnout, soddisfazione, engagement, commitment*) e quanto tutto questo possa condizionare la qualità degli esiti sensibili alle cure infermieristiche (cadute, mortalità, infezioni, lesioni da pressione, riammissione ospedaliera). I risultati in oggetto sono stati pure lo spunto di riflessione sul ruolo-chiave del coordinatore infermieristico nelle organizzazioni sanitarie, identificandolo come il professionista su cui orientare possibili interventi, come la promozione dell'utilizzo di uno stile di *leadership* etico e autentico.

I saluti iniziali, oltre che ai padroni di casa (il direttore scientifico CECRI, **Gennaro Rocco**, e il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega**), sono stati affidati alla presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, e a un messaggio fatto pervenire dal Ministro della Salute, **Orazio Schillaci**.

La giornata è stata articolata in tre parti e ha coinvolto studiosi e ricercatori dall'Italia e dal mondo.

La prima - "La leadership e il benessere organizzativo" - è stata moderata da: **Alessandro Sili** e Maurizio Zega. In apertura, *lectio magistralis*: "Lo Staffing e gli esiti di cura: lo stato dell'arte" a cura di **Rakel Guojonsdottir**, presidente dell'*European Nurse Directors Association*. Quindi, interventi a cura di: **Marina Davoli**, "Il piano nazionale esiti: possibili prospettive per l'infermieristica"; **Michele Basile**, "Esiti clinici e valutazione economica" e **Roger Watson**, professore emerito University of Hull (Inghilterra), Academic Dean Southwest Medical University (China), *full professor* Saint Francis University (Hong Kong), "Work environment e qualità delle cure infermieristiche".

La seconda - "*Middle management e nursing sensitive outcome*" - moderata da: **Alessandro Stievano** e **Bruno Cavaliere**. Interventi a cura di: **Fiona Timmins**, professor of Nursing-Dean and Head of School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College di Dublino, "Il leader infermieristico in sanità"; **Annalisa Pennini**, "La *leadership* come collante nelle organizzazioni sanitarie"; **Francesco Zaghini**, "Le variabili organizzative e il *middle manager*: risultati dello studio multicentrico"; **Jacopo Fiorini**, "Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e il *middle manager*: risultati dello studio multicentrico".

Pausa *lunch* e terza parte - "La leadership infermieristica nel contesto sanitario italiano" - moderata da: **Gennaro Rocco** e **Rosaria Alvaro**. Interventi a cura di: **Margareta Bruckner**, presidente dell'*Austrian Nurse Directors Association*, "Sviluppare la *leadership* infermieristica: un'esperienza europea"; **Milko Zanini**, "Lo stile di *leadership* del coordinatore e la soddisfazione lavorativa degli infermieri"; **Dhurata Ivziku** "Gli infermieri e la percezione del proprio leader: uno studio multicentrico"; **Alvisa Palese**, "Le cure infermieristiche e la percezione degli assistiti".

Assemblea ordinaria degli iscritti OPI Roma

Assemblea degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma, giovedì 7 marzo 2024, al Centro Congressi Cavour.

Come di consueto, un'Assemblea che è anche l'occasione per fare il punto sull'anno appena trascorso, tracciando le linee delle principali attività svolte nel 2023 e quelle prospettive degli impegni futuri.

Formazione e visioni di carriera, soprattutto, specie se la situazione infermieristica, in Italia, resta terribilmente carente nei numeri e l'assistenza sanitaria primaria continua a dipendere da operatori sanitari che saranno pure sempre più adeguatamente formati (e capaci di lavorare in team multidisciplinari), ma che, in risicate unità, devono rispondere ai bisogni di salute di una comunità sempre più anziana e orientata alla cronicità. Questo, in un Paese in cui la diminuzione delle nascite è l'innaturale contraltare di un inarrestabile aumento delle aspettative di vita. A leggere i numeri, c'è poco da stare sereni, mentre anche il potenziamento della sanità territoriale decolla a stento.

Facendo riferimento al solo Lazio, gli abitanti sono 5.879.000 e gli infermieri attivi poco meno di 30 mila. Ciò, mentre le iscrizioni ai Corsi di Laurea regionali in Infermieristica sono calate del 15%.

“Non si tratta di attrattività della professione - ha sottolineato nella sua relazione d'apertura il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega** -. È il sistema che è respingente, sia perché gli stipendi dei nostri infermieri sono più bassi degli altri in Europa, sia perché l'Infermieristica italiana non consente di evolversi”.

Un'emorragia che non si arresta e che dovrebbe preoccupare di più tutti gli amministratori. Nei prossimi dieci anni, si stima che ben 100 mila infermieri andranno in pensione. Chi li sostituirà?

La Regione aveva assunto degli impegni con l'OPI di Roma: dalla degenza infermieristica alla formazione degli operatori di supporto da inserire nei *setting* assistenziali; dal tavolo di concertazione (con l'Ordine dei Medici) all'istituzione della figura del direttore assistenziale.

Il nostro Consiglio direttivo suggerisce qualche soluzione: “Si potrebbero modificare i modelli organizzativi - continua Zega -, iniziando a parlare seriamente di *task shifting*, *skill mix* e *staffing*; consolidare la Laurea magistrale in Infermieristica a indirizzo clinico e agire sullo Stato giuridico e la formazione del personale di supporto, con la definizione di contenuti e gestione dei Corsi da parte dell'Assessorato competente”.

Intanto, il nostro Ordine prova a “fare muro”: tante le iniziative messe in campo dal direttivo, dai Gruppi di lavoro (Social; Rete Referenti OPI Roma; Libera Professione; Società scientifiche; OPI-OMNCEO) e dalle Commissioni (Commissione Albo Infermieri e Albo Infermieri Pediatrici); esami Infermieri stranieri e biblioteca, tra convegni, corsi e giornate dedicate.

Durante il 2023, per esempio, sono stati realizzati 36 **eventi ECM** in residenziale e Fad, **completamente gratuiti**, per un totale di 180.120 crediti erogati a 12.188 partecipanti (tra Res e Fad). Mentre altre proposte sono al vaglio: “Confermiamo tutti gli investimenti orientati a formazione e ricerca e puntiamo su una sempre maggiore unità fra colleghi, anche attraverso progetti come 'OPI Cultura', ancora in fase di svolgimento, che sta riscuotendo molto successo”. Al 31 dicembre 2023, **gli infermieri iscritti sono 34.618**, di cui: 953 nuovi; 989 cancellati; 207 trasferiti in entrata e 367 in uscita. Tra gli stranieri, sono 3454 quelli iscritti (1906, comunitari; 1548, non comunitari) a cui sono stati dedicati gli esami di lingua italiana (per cittadini comunitari, cinque, e per i non comunitari, sei) con 39 promozioni e 24 bocciature.

L'Ordine è sempre più informatizzato.

Sono stati gestiti: **1.063** certificati richiesti online; 713 nuove PEC attivate (per un totale di **27.627** in convenzione con OPI; la migrazione dal *provider* ARUBA a NAMIRIAL è stata effettuata a fronte di un aumento di listino consistente da parte del primo gestore); **22.275** gli utenti unici che hanno fatto accesso con SPID/CIE ai servizi online (in crescita rispetto al 2022). Fiore all'occhiello dell'OPI capitolino, la **biblioteca** digitale e di sede in cui tutte le banche dati registrano incrementi negli accessi e nelle diverse funzioni. Sono 1355 i libri catalogati. Si evidenzia una fase di “normalizzazione” post-pandemia, la costante e crescente ripresa della frequentazione. Una presenza media di circa due utenti per giorno di apertura, per un totale di 264 persone (+3,53%).

Dall'emergenza sanitaria sono stati implementati servizi a distanza per l'utenza: invio di articoli della biblioteca o da richiedere presso altre per i soli iscritti e ricerche bibliografiche a distanza su tema indicato. Ma pure il *Document Delivery*, un servizio che richiede ad

altre Biblioteche, in regime di scambio gratuito, articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio. La banca dati **Cinahl** nel 2023 è stata consultata da 137 utenti, una fruizione di sede che rappresenta il 7,03% del totale (accessi totali CINAHL, 1.949).

Tale incremento di unità ha permesso di indicizzare quasi tutti gli articoli pubblicati in tempo reale rispetto alle uscite delle riviste, così da non avere lacune sugli inserimenti nella banca dati ILISI.

ILISI è la banca dati bibliografica di massima utilità per accedere alla letteratura infermieristica italiana. Le geolocalizzazioni dei dispositivi indicano: 437 utenti unici dagli USA, 90 dalla Francia, 71 dall'Olanda, 67 dalla Finlandia, 41 dalla Svizzera...

Ad oggi, il *database* contiene 7.689 schede bibliografiche (+321 record bibliografici rispetto all'anno precedente), mentre per il numero di record registrato segna un +4,36%.

Il Centro di Eccellenza per la cultura e la Ricerca Infermieristica-**CECRI** in seno all'Ordine di Roma, il cui direttore, **Gennaro Rocco**, è tra i 100 infermieri che si sono distinti in Europa negli ultimi 100 anni, annovera diverse, altre personalità, tra cui: **Rosaria Alvaro**, **Mariagrazia De Marinis** e la compianta **Ausilia Pulimeno**. *International Nurse Researcher Hall of Fame di Sigma Nursing*, anche il coordinatore CECRI **Alessandro Stievano**, premiato al 34esimo Congresso di Ricerca Infermieristica di *Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*.

Per il 2023, sono stati 38 i nuovi progetti approvati: arrivano, così, a 440 quelli finanziati dall'anno di fondazione. E, a dimostrazione della loro riconoscibilità, diversi *outcome* risultanti da essi sono stati pubblicati su prestigiose riviste internazionali di settore. Inoltre, il 31 maggio prossimo si terrà il consueto Congresso internazionale al Ministero della Salute.

Dal punto di vista della **comunicazione**, quella dell'Ordine è quanto mai capillare: oltre alla rivista ufficiale, "**Infermiere Oggi**" (EBSCO *host*, indicizzata CINAHL per la ricerca), c'è l'ufficio stampa, che ha contribuito a aumentare la visibilità di OPI ROMA su agenzie, testate nazionali e regionali e sui circuiti tv più visti; **le piattaforme social** (sito, Fb e Instagram) e *broadcasting* (canale Youtube). Tutte in crescita, vedono il pubblico composto prevalentemente da utenti residenti nel Lazio (donne, 7,8%) e in una fascia d'età tra i 25 e i 34 anni (e fino ai 55).

Il **sito** è ben posizionato sui motori di ricerca; metà delle consultazioni proviene da dispositivi mobili. Dopo la *homepage*, le pagine più visitate sono quelle dei servizi di PEC, seguite da quella del pagamento della tassa e poi dei servizi. **Per candidare un lavoro scientifico** alla pubblicazione, basta inviarlo a: ordine@opi.roma.it, mentre su www.opi.roma.it, alla sezione dedicata, sono reperibili i numeri più recenti e quelli d'archivio.

Sul fronte delle certificazioni, resta inalterata quella del sistema di gestione della qualità a cura del Bureau Veritas Italia SpA: l'OPI di Roma è pienamente conforme ai requisiti della norma **ISO 9001:2015** e anche all'**ISO 37001**, per il contrasto alla corruzione.

E proprio perché la *policy* dell'Ordine resta volta a promuovere la cultura dell'integrità e della trasparenza, il presidente Zega, a fine assemblea, ringraziando i presenti, ha esortato a intervenire agli incontri plenari: "L'importanza di questi momenti - ha chiosato - consta proprio nella possibilità di incontrarsi per condividere idee e esperienze. Vorrei che i nostri iscritti partecipassero sempre più numerosi, per ascoltare sì, ma soprattutto per dire la propria. Perché l'OPI è la casa di tutti gli infermieri romani!".

In Breve

L'Ordine si prepara alla Giornata internazionale dell'Infermiere 2024



Torna il tradizionale appuntamento tra la Professione infermieristica e la cittadinanza romana, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere del prossimo 12 maggio. Quest'anno, lo slogan scelto dall'OPI di Roma è: "Ovunque per la cura di tutti". Come per il 2023, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma sarà presente in piazza San Lorenzo in Lucina, dalle ore 10. Qui, infermieri, docenti e studenti dei CdL in Scienze Infermieristiche della Capitale incontreranno la cittadinanza, e, oltre a fornire alcune prestazioni (misurazione della pressione, della frequenza cardiaca e saturazione), distribuiranno *gadget* e materiale informativo. In contemporanea, la Giornata sarà celebrata in altri presidi sanitari (circa 60, fra pubblici e privati) con stand allestiti *ad hoc*, in cui l'OPI parlerà di opportunità e criticità dell'Infermieristica presente e futura a quanti vorranno saperne di più. Tutte le info utili saranno reperibili, a breve, sul sito istituzionale: www.opi.roma.it



dall'ORDINE

Il Conto consuntivo

All'assemblea degli iscritti, il tesoriere OPI di Roma, **Francesco Scerbo**, ha tracciato la situazione patrimoniale dell'Ordine. La platea ha approvato il bilancio consuntivo, convalidato dal presidente del Collegio Revisori dei Conti, **Silvio Ascione**.

Queste, le tabelle di sintesi.



1. Rendiconto finanziario

Entrate

	SEZIONE DI COMPETENZA					SEZIONE DI RISERVA					SEZIONE CASSA	
	PREVISIONI	DEFINITE	REALIZZATE	SCHEMATICHE ACCERTATE	TOTALE	ESERCIZIO	RESERVE	VALORI	RESERVE	DEBITI PASSIVI	RESIDUI PASSIVI	TOTALE
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI												
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI												
Quote giornaliere	€ 2.311.500,00	€ 2.311.500,00	€ 2.112.644,00	€ 198.779,00	€ 2.309.423,00	€ 2.077,00	€ 1.344.820,20	€ 10.552,56	€ 869.366,71	€ 796.358,35	€ 553.137,35	€ 2.711.820,71
Quote mensili accise	€ 82.500,00	€ 82.500,00	€ 80.891,00	€ 63.855,00	€ 144.746,00	€ 3.149,00	€ 1.176,00	€ -	€ 26,00	€ 147,00	€ 147,00	€ 53.879,00
Tasse iscrizione	€ 90.000,00	€ 90.000,00	€ 84.770,00	€ 85.770,00	€ 170.540,00	€ 4.250,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 66.290,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.483.500,00	€ 2.483.500,00	€ 2.282.285,00	€ 368.404,00	€ 2.650.689,00	€ 6.476,00	€ 1.346.000,20	€ 10.552,56	€ 869.292,71	€ 796.505,35	€ 553.284,35	€ 2.821.970,71
ENTRATE PER INIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI												
Corsi di aggiornamento	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARE GESTIONI												
Risparmio lesioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Certificati e trasmissioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolare gestioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI												
Trasferimenti correnti												
Totale trasferimenti correnti												
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI												
Vendita pubblicazioni												€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi												€ -
RICORDI E PROVENTI PATRIMONIALI												
Interessi attivi	€ 250,00	€ 250,00	€ 239,87	€ 17.569,80	€ 17.799,37	€ 17.458,37	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17.569,80	€ 179,87
Totale ricordi e proventi patrimoniali	€ 250,00	€ 250,00	€ 239,87	€ 17.569,80	€ 17.799,37	€ 17.458,37	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17.569,80	€ 179,87
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USUO CORRENTI												
Risconti e sconti	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 9.640,00	€ 110,00	€ 19.790,00	€ 9.785,00	€ 1.115,81	€ 42,84	€ 770,18	€ 300,88	€ 413,88	€ 25.410,18
Totale poste correttive e compensative usuo correnti	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 9.640,00	€ 110,00	€ 19.790,00	€ 9.785,00	€ 1.115,81	€ 42,84	€ 770,18	€ 300,88	€ 413,88	€ 25.410,18
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI												
Entrate varie	€ 29.300,00	€ 29.300,00	€ 49.524,62	€ 14.000,00	€ 82.824,62	€ 33.964,62	€ 18.544,63	€ -	€ 18.544,63	€ -	€ 14.000,00	€ 87.249,25
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 29.300,00	€ 29.300,00	€ 49.524,62	€ 14.000,00	€ 82.824,62	€ 33.964,62	€ 18.544,63	€ -	€ 18.544,63	€ -	€ 14.000,00	€ 87.249,25
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.507.750,00	€ 2.507.750,00	€ 2.332.549,19	€ 228.518,80	€ 2.561.067,99	€ 51.317,99	€ 1.364.650,00	€ 10.470,38	€ 918.329,03	€ 796.806,03	€ 565.324,83	€ 2.946.870,72
TITOLO II - ENTRATE IN CONTRO CAPITALE												
ASSUNZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI												
Assunzione immobili												€ -
Totale assunzione immobili												€ -
TITOLO III - ENTRATE IN CONTRO CAPITALE												
ALiquazione DI IMMOBILI E DIRITTI REALI												
Vendita mobili ed arredi												
Totale alienazione di immobilizzazioni materiali												
RISCOSSIONE DI CREDITI												
Riscossione crediti												
Totale riscossione di crediti												
TRASFERIMENTI IN CONTRO CAPITALE												
Trasferimenti												
Totale trasferimenti in contro capitale												
ASSUNZIONE DI MUTUI												
Assunzione mutui												
Totale assunzione di mutui												
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI												
Assunzione debiti finanziari												
Totale assunzione di altri debiti finanziari												
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTRO CAPITALE												
TITOLO IV - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO												
Risultato esercizi												
Risultato esercizi	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 217.410,20	€ 44,29	€ 217.454,49	€ 17.494,48	€ 9,98	€ 9,36	€ -	€ -	€ 44,29	€ 217.410,20
Risultato provvidenze	€ 70.000,00	€ 70.000,00	€ 50.863,68	€ 89.863,88	€ 109.336,32	€ 89.863,88	€ 109.336,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 50.863,68
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 20.000,00	€ 19.300,00	€ 0,00	€ 18.996,00	€ 1.294,50	€ 10.100,18	€ -	€ 5.704,23	€ 4.464,95	€ 4.464,97	€ 24.809,29
Totale altre partite di giro	€ 140.000,00	€ 140.000,00	€ 110.173,68	€ 110,17	€ 110.193,85	€ 29.602,42	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 110.193,85
TOTALE TITOLO IV - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 440.000,00	€ 440.000,00	€ 387.547,56	€ 44,46	€ 387.592,02	€ 27.771,86	€ 10.170,14	€ 0,36	€ 5.704,23	€ 4.464,95	€ 4.509,26	€ 302.893,78
TOTALE ENTRATE	€ 2.947.750,00	€ 2.947.750,00	€ 2.720.106,75	€ 273.033,66	€ 2.993.140,41	€ 83.106,83	€ 1.374.820,14	€ 10.470,74	€ 924.033,26	€ 797.211,08	€ 569.834,09	€ 3.389.764,44
Avanzo di amministrazione dell'esercizio	€ 119.790,00				€ 119.790,00							€ 119.790,00
TOTALE GENERALE	€ 3.067.540,00	€ 3.067.540,00	€ 2.720.106,75	€ 273.033,66	€ 3.112.930,41	€ 83.106,83	€ 1.374.820,14	€ 10.470,74	€ 924.033,26	€ 797.211,08	€ 569.834,09	€ 3.509.554,44

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA					GESTIONE DEI RISCHI					GESTIONE CASSA		
	Iniziale	Variazioni	Definitiva	Pagate	C/Iniziale	Totale	Controconto	Iniziale	Variazioni	Pagate	Da pagare	Rimborso Finale	Tot. Pag.
TITOLO I - USCITE CORRENTI													
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE													
Ufficio Amministrativo Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti	€ 19.200,00	€ 19.200,00	€ 14.240,00	€ 770,00	€ 14.960,00	€ 4.240,00	€ 1.760,00	€ 1.760,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 770,00	€ 16.000,00	
Ufficio Amministrativo Commissionari di Albo	€ 19.200,00	€ 19.200,00	€ 13.320,00	€ 960,00	€ 14.800,00	€ 1.620,00	€ 2.840,00	€ 80,00	€ 2.720,00	€ 0,00	€ 960,00	€ 18.840,00	
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale, Congressi e Seminari	€ 7.500,00	€ 7.500,00	€ 3.100,00	€ 0,00	€ 3.900,00	€ 1.900,00	€ 230,00	€ 0,00	€ 2.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 540,00	
Rimborsi spese	€ 29.000,00	€ 29.000,00	€ 18.813,82	€ 800,00	€ 19.813,82	€ 5.385,19	€ 1.170,70	€ 1.170,70	€ 0,00	€ 0,00	€ 800,00	€ 19.813,82	
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi e di controllo	€ 142.300,00	€ 142.300,00	€ 120.035,36	€ 2.430,00	€ 124.665,36	€ 8.434,64	€ 13.300,36	€ 0,00	€ 13.300,36	€ 0,00	€ 2.430,00	€ 145.095,36	
Gettoni e indennità attività Commissionari di Albo	€ 37.500,00	€ 37.500,00	€ 46.320,00	€ 710,00	€ 47.030,00	€ 47.030,00	€ 10.760,00	€ 0,00	€ 10.760,00	€ 100,00	€ 710,00	€ 47.300,00	
Assicurazioni organo direttivo	€ 18.000,00	€ 18.000,00	€ 14.301,87	€ 0,00	€ 14.301,87	€ 3.698,13	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.698,13	€ 0,00	€ 0,00	€ 14.301,87	
Assemblea annuale	€ 10.300,00	€ 10.300,00	€ 4.834,90	€ 200,01	€ 4.834,91	€ 5.165,09	€ 3.644,58	€ 0,00	€ 3.644,58	€ 0,00	€ 200,01	€ 8.279,43	
Totale uscite per gli organi dell'ente	€ 206.100,00	€ 206.100,00	€ 240.777,94	€ 8.200,01	€ 248.977,95	€ 46.502,04	€ 23.800,81	€ 180,00	€ 24.000,81	€ 0,00	€ 8.200,01	€ 267.834,84	
USCITE PER IL PERSONALE IN SERVIZIO													
Spese a giorni mensili	€ 314.000,00	€ 314.000,00	€ 299.818,83	€ 19.811,82	€ 299.880,39	€ 44.812,43	€ 22.881,80	€ 38,28	€ 22.881,80	€ 0,00	€ 19.811,82	€ 272.842,83	
Rimborsazioni personale	€ 8.000,00	€ 8.000,00	€ 6.303,21	€ 586,00	€ 6.889,26	€ 1.110,74	€ 122,46	€ 0,00	€ 122,46	€ 0,00	€ 586,00	€ 6.425,81	
Fondo incentivazione	€ 114.700,00	€ 114.700,00	€ 79.712,41	€ 19.564,34	€ 99.266,78	€ 16.433,24	€ 26.042,82	€ 0,00	€ 26.042,82	€ 0,00	€ 19.564,34	€ 109.791,23	
Corso di formazione	€ 9.000,00	€ 9.000,00	€ 1.050,00	€ 3.138,84	€ 4.188,84	€ 811,18	€ 1.350,00	€ 0,00	€ 1.350,00	€ 0,00	€ 3.138,84	€ 2.800,00	
Lavoro temporaneo	€ 80.300,00	€ 80.300,00	€ 44.794,29	€ 12.021,09	€ 56.815,34	€ 3.180,86	€ 31.724,72	€ 439,03	€ 31.285,69	€ 0,00	€ 12.021,09	€ 78.083,95	
Totale uscite per il personale in servizio	€ 507.700,00	€ 507.700,00	€ 381.843,91	€ 34.811,84	€ 416.655,79	€ 58.048,29	€ 61.931,89	€ 525,12	€ 61.406,77	€ 0,00	€ 34.811,84	€ 463.248,68	
USCITE PER IL RACCOLTO DI RENDITE E SERVIZI													
Compensi per la concessione	€ 50.000,00	€ 11.095,81	€ 64.088,81	€ 54.924,58	€ 9.171,23	€ 84.895,81	€ 0,00	€ 11.751,09	€ 2,00	€ 11.277,82	€ 471,57	€ 94.240,80	
Servizi legali	€ 66.500,00	€ 66.500,00	€ 42.189,68	€ 22.288,08	€ 64.477,72	€ 2.022,28	€ 30.840,39	€ 0,00	€ 30.840,39	€ 0,00	€ 22.288,08	€ 19.850,00	
Servizi contabili e fiscali	€ 35.000,00	€ 35.000,00	€ 31.881,92	€ 3.489,77	€ 34.997,89	€ 0,00	€ 13.908,88	€ 0,00	€ 13.908,88	€ 0,00	€ 3.489,77	€ 45.171,34	
Servizi per la comunicazione	€ 25.000,00	€ 25.000,00	€ 7.665,94	€ 20.504,89	€ 23.836,43	€ 1.899,57	€ 35.850,58	€ 4.860,98	€ 27.987,78	€ 4.113,84	€ 25.018,33	€ 36.263,72	
Servizi informatici	€ 17.400,00	€ 17.400,00	€ 48.042,07	€ 1.961,13	€ 50.003,20	€ 6.790,83	€ 31.576,00	€ 851,37	€ 27.877,29	€ 3.050,00	€ 5.011,13	€ 79.519,26	
Canoni di locazione, manutenzione e riparazioni	€ 35.300,00	€ 35.300,00	€ 12.324,30	€ 3.512,80	€ 17.138,10	€ 17.661,84	€ 11.826,00	€ 488,50	€ 11.826,00	€ 0,00	€ 3.512,80	€ 22.652,90	
Acquisto tessere distintivi bollati	€ 4.000,00	€ 4.000,00	€ 2.321,42	€ 785,58	€ 3.107,00	€ 4.000,00	€ 1.392,50	€ 174,22	€ 1.566,72	€ 0,00	€ 785,58	€ 3.056,72	
Tributi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 820,00	€ 0,00	€ 820,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 820,00	
Totale uscite per il raccolto di rendite e servizi	€ 218.500,00	€ 11.095,81	€ 281.898,81	€ 124.385,89	€ 84.124,22	€ 208.825,11	€ 29.279,79	€ 143.930,36	€ 5.513,58	€ 130.390,26	€ 3.528,81	€ 211.799,83	
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI													
Affitti locazione/condizione approvvigionamenti	€ 178.800,00	€ 178.800,00	€ 120.800,64	€ 3.083,11	€ 123.883,70	€ 52.908,24	€ 14.008,19	€ 1.023,79	€ 14.041,81	€ 84,33	€ 3.167,44	€ 125.656,26	
Canone di stampa	€ 20.300,00	€ 20.300,00	€ 16.684,39	€ 14.684,15	€ 20.888,39	€ 0,00	€ 19.830,81	€ 0,00	€ 19.830,81	€ 0,00	€ 14.684,15	€ 22.456,45	
Spese postali e telefoniche	€ 24.800,00	€ 24.800,00	€ 11.644,80	€ 225,17	€ 11.870,37	€ 12.129,03	€ 8.926,28	€ 2.720,54	€ 4.818,13	€ 424,81	€ 649,79	€ 18.232,93	
Spese di pulizia	€ 38.300,00	€ 38.300,00	€ 39.744,00	€ 2.196,00	€ 41.940,00	€ 14.042,00	€ 9.259,80	€ 479,80	€ 8.780,00	€ 0,00	€ 2.196,00	€ 28.544,00	
Spese biancherie e di pulizia	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 832,22	€ 792,88	€ 825,10	€ 1.174,90	€ 198,32	€ 0,00	€ 198,32	€ 0,00	€ 832,22	€ 825,10	
Spese varie	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 1.197,20	€ 0,00	€ 1.197,20	€ 1.802,80	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.802,80	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.197,20	
Archiviazione e gestione documenti	€ 12.000,00	€ 12.000,00	€ 11.685,96	€ 11.685,96	€ 11.685,96	€ 314,04	€ 8.878,25	€ 269,04	€ 8.609,21	€ 0,00	€ 11.685,96	€ 8.609,21	
Totale uscite per funzionamento uffici	€ 274.300,00	€ 888,30	€ 274.888,30	€ 159.581,51	€ 191.619,38	€ 82.969,01	€ 54.983,65	€ 2.480,83	€ 52.502,82	€ 508,94	€ 32.874,81	€ 221.054,26	
USCITE PER PAGHE E ALTRI ONERI TRIBUTARI													
Aggiornamenti professionali	€ 800.000,00	€ 800.000,00	€ 619.254,73	€ 266.012,33	€ 419.267,06	€ 70.734,92	€ 435.614,74	€ 8.868,83	€ 128.226,00	€ 320.322,81	€ 568.535,24	€ 269.460,95	
Risale "bilanceggiate" oggi	€ 29.100,00	€ 29.100,00	€ 17.836,14	€ 5.178,92	€ 23.015,06	€ 6.083,34	€ 8.866,71	€ 108,39	€ 8.758,32	€ 484,77	€ 5.674,83	€ 24.109,29	
Risale "bilanceggiate" domani	€ 105.000,00	€ 105.000,00	€ 55.967,97	€ 10.043,00	€ 66.010,97	€ 38.965,08	€ 43.590,58	€ 7.428,59	€ 36.162,30	€ 10.856,19	€ 20.883,19	€ 81.310,23	
Promozione immagine (pubblicità)	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 3.961,95	€ 0,00	€ 3.961,95	€ 11.035,05	€ 0,00	€ 0,00	€ 11.035,05	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.961,95	
Commissioni di studio e gruppi di lavoro	€ 176.540,00	€ 176.540,00	€ 139.133,00	€ 4.830,00	€ 143.963,00	€ 34.850,00	€ 4.760,00	€ 0,00	€ 4.760,00	€ 0,00	€ 4.830,00	€ 139.133,00	
Spese di organizzazione	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 1.247,80	€ 860,00	€ 1.807,80	€ 192,20	€ 730,00	€ 0,00	€ 730,00	€ 0,00	€ 860,00	€ 1.277,80	
Quote appartenenti Federazione	€ 603.500,00	€ 603.500,00	€ 586.685,00	€ 16.201,00	€ 602.886,00	€ 614,00	€ 483.507,00	€ 0,00	€ 483.507,00	€ 0,00	€ 16.201,00	€ 390.132,60	
Progetto qualità ISO 9000	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 11.586,03	€ 3.008,50	€ 14.594,53	€ 405,43	€ 2.700,00	€ 0,00	€ 2.700,00	€ 0,00	€ 3.008,50	€ 14.286,03	
Ufficio stampa	€ 30.300,00	€ 30.300,00	€ 23.790,50	€ 0,00	€ 23.790,50	€ 6.210,50	€ 9.886,72	€ 0,00	€ 9.886,72	€ 0,00	€ 0,00	€ 23.790,50	
Indagini di settore	€ 20.300,00	€ 20.300,00	€ 20.300,00	€ 20.300,00	€ 20.300,00	€ 0,00	€ 20.300,00	€ 0,00	€ 20.300,00	€ 0,00	€ 20.300,00	€ 20.300,00	
Spese elettriche apparecchi	€ 41.800,00	€ 41.800,00	€ 41.800,00	€ 41.800,00	€ 41.800,00	€ 0,00	€ 41.800,00	€ 0,00	€ 41.800,00	€ 0,00	€ 41.800,00	€ 41.800,00	
Spese elezioni Organi Direttivi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Totale uscite per paghe e altri oneri tributari	€ 1.637.840,00	€ 13.975,80	€ 1.551.818,83	€ 341.127,37	€ 320.273,28	€ 1.271.800,66	€ 280.018,04	€ 545.426,41	€ 14.203,19	€ 619.350,26	€ 311.867,87	€ 642.241,15	

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA					GESTIONE DEI RISCHI					GESTIONE CASSA		
	Iniziale	Variazioni	Definitiva	Pagate	C/Iniziale	Totale	Controconto	Iniziale	Variazioni	Pagate	Da pagare	Rimborso Finale	Tot. Pag.
ONERI FINANZIARI													
Interessi passivi													
Titoli emessi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
ONERI TRIBUTARI													
Imposta di registro	€ 90.300,00	€ 90.300,00	€ 71.246,00	€ 13.876,67	€ 85.122,67	€ 4.828,33	€ 15.413,43	€ 44,10	€ 15.457,53	€ 0,00	€ 13.876,67	€ 88.371,53	
Imposta di bollo	€ 9.000,00	€ 9.000,00	€ 7.638,40	€ 6.272,00	€ 7.930,40	€ 0,00	€ 6.725,72	€ 0,00	€ 6.725,72	€ 0,00	€ 12.997,72	€ 1.366,40	
Imposta di successione	€ 96.700,00	€ 938,40	€ 87.618,40	€ 12.860,40	€ 20.181,67	€ 83.812,67	€ 4.828,33	€ 22.139,15	€ 44,10	€ 15.457,53	€ 6.725,72	€ 26.877,39	
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI													
Rimborsi vari	€ 5.300,00	€ 0,00	€ 5.300,00	€ 814,73	€ 0,00	€ 914,73	€ 4.083,29	€ 0,00	€ 4.083,29	€ 0,00	€ 0,00	€ 814,73	
Totale uscite correttive e compensative di entrate correnti	€ 5.300,00	€ 0,00	€ 5.300,00	€ 814,73	€ 0,00	€ 914,73	€ 4.083,29	€ 0,00	€ 4.083,29	€ 0,00	€ 0,00	€ 814,73	
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Fondo spese imprevedibili	€ 148.400,00	€ 26.601,29	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 0,00	€ 122.804,71	
Totale uscite non classificabili in altre voci	€ 148.400,00	€ 26.601,29	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 122.804,71	€ 0,00	€ 0,00	€ 122.804,71	
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO													
Trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00	€ 0,00	€ 20.000,00	€ 321,19	€ 11.272,62	€ 11.893,81	€ 9.208,13	€ 263.920,06	€ 0,00	€ 263.920,06	€ 0,00	€ 321,19	
Totale trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00	€ 0,00	€ 20.000,00	€ 321,19</									

“OPI Cultura”, una iniziativa di successo oltre l’Infermieristica

Sabato 20 gennaio, con la visita guidata alla basilica di San Pietro, taglio del nastro di “OPI Cultura” un progetto che, via via, ha riscosso sempre più successo tra gli iscritti dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma.

Un’iniziativa fortemente voluta dal Consiglio Direttivo per offrire un momento di condivisione - ludico e ricreativo - a professionisti che, tanto nel quotidiano quanto nelle emergenze, si impegnano al fianco degli altri, spesso trascurando gli stessi interesse personali. L’Ordine di Roma, con le uscite in programma fino a giugno 2024, vuole dare a tutti l’opportunità di incontri utili a ampliare le conoscenze tra colleghi, partecipare a momenti relazionali ed empatici, confrontarsi sulle proprie situazioni lavorative e, non da ultimo, di avvicinarsi all’OPI stesso, ai suoi rappresentanti e alle sue iniziative in un modo alternativo.

Non si sbaglia, infatti, a pensare che, oltre a essere professionisti costantemente formati (al fine di garan-

tire sempre un’assistenza ottimale ai pazienti), gli infermieri siano persone dai molteplici dilette: con l’aiuto di guide turistiche autorizzate, perciò, l’occasione di “OPI Cultura” li ha aiutati a aderire a nuove esperienze fuori dai luoghi di lavoro, soprattutto legate alla ricchezza del patrimonio culturale e paesaggistico locale (...che il mondo ci invidia!).

Ogni evento è - e resterà - completamente gratuito: gli infermieri di OPI Roma potranno iscriversi attraverso il portale “sailportal”, con le stesse modalità seguite per i corsi ECM.

I referenti del progetto, i consiglieri **Claudia Lorenzetti** e **Giuseppe Esposito**, sono soddisfatti della trovata e, soprattutto, della risposta della comunità infermieristica capitolina. “Sin da subito abbiamo creduto nelle potenzialità di ‘OPI Cultura’ - spiega la prima -, ma non ci aspettavamo che potesse dar vita addirittura a diversi gruppi *wup* in cui, poi, ogni partecipante ha condiviso fotografie e commenti delle giornate. Il plauso, l’affetto e l’incoraggiamento dei colleghi ci ricompensano dell’impegno profuso affinché andasse sempre tutto per il meglio!”.

L’entusiasmo dei convenuti per le passeggiate negli antichi quartieri, le visite di chiese, aree e musei archeologici, palazzi e ville (con l’ausilio di guide turistiche accreditate), si è fatto sentire anche sulla pagina Fb dell’Ordine e sul canale Instagram.

Un entusiasmo che accompagnerà l’iniziativa, presumibilmente, fino alla fine, senza escludere la possibilità di poterla ripetere.

In Breve

Monsignor Ambarus visita l’Ordine di Roma

Giovedì 14 marzo, l’Ordine ha ricevuto la gradita visita di S.E. Mons. Benoni Ambarus, Vescovo delegato all’Ufficio per la Pastorale Sanitaria della Diocesi di Roma, accompagnato da don Raoul Stortoni, suo collaboratore.

L’incontro, che è stato formalmente richiesto dall’OPI, è stata anche l’occasione di uno scambio di vedute sulla possibilità di individuare iniziative congiunte riguardo a chi soffre e a chi se ne prende cura, come gli infermieri. Del resto, la vicinanza fra i professionisti sanitari romani e la Diocesi di Roma è di antica data, e la visita di Monsignor Ambarus si inserisce nel solco di una tradizione che, per anni, ha portato l’OPI di Roma ad incontrare il Vescovo della Pastorale Sanitaria. Da sempre, infatti, la dignità del paziente, la rilevanza della sua tutela e l’importanza della deontologia nell’esercizio professionale sono argomenti di interesse primario per entrambi.





dalla FNOPI

A San Marino delegazione FNOPI incontra i Capitani Reggenti



Lo scorso primo marzo, in udienza privata, **Barbara Mangiacavalli**, **Pierpaolo Pateri**, **Nicola Draoli**, **Pietro Giurdanella** e **Maurizio Zega** (rispettivamente: presidente, tesoriere e consiglieri nazionali FNOPI) hanno incontrato gli Eccellentissimi Capitani Reggenti della Repubblica di San Marino, **Filippo Tamagnini** e **Gaetano Troina**.

Ad accompagnarli, il Segretario di Stato per la Sanità della Repubblica di San Marino, **Mariella Mularoni**, e i membri del consiglio direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche autoctono.

Una visita al Palazzo Pubblico della Repubblica indipendente organizzata in occasione del primo anno di attività dell'OPI di San Marino, che, nella stessa giornata, ha promosso anche un corso formativo dal titolo: "Ordine, evoluzione infermieristica e competenze: il futuro della Professione", utile a stimolare il dibattito e il confronto sui temi in oggetto, che interessano da vicino tutti gli esperti sanitari, anche i più giovani. La sessione formativa è stata aperta dai saluti della presidente Mangiacavalli e ha registrato l'intervento del consigliere Maurizio Zega, presidente OPI di Roma, che si è concentrato soprattutto sulle prospettive della professione.

In Breve

Aggressioni agli infermieri

L'identikit dell'infermiere che subisce più vessazioni sul lavoro? Donna (oltre il 72%), tra i 30 e i 40 anni, che opera nel pubblico (nel 90% dei casi), specie in Pronto Soccorso (42%). Il dato è emerso dal sondaggio condotto su un campione di iscritti all'Albo dalla Federazione nazionale-FNOPI, per la rilevazione promossa dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie del Ministero della Salute.

Chi ha partecipato alla *survey* ha dichiarato aggressioni "durante il 2023" per il 40,2%, cioè, in aumento rispetto al 2022.

Eppure, ancora in tanti spesso non denunciano o evidenziano i casi di violenza. Perché?

Perché, nel 67% dei casi, ha ritenuto che le condizioni dell'assistito e/o del suo accompagnatore fossero causa dell'episodio di violenza; nel 20% era convinto che non avrebbe ricevuto alcuna risposta da parte dell'organizzazione in cui lavora; il 19% che il rischio sia una caratteristica attesa/accettata del lavoro e il 14% perché capace di gestire efficacemente questi episodi. Un dato emerso davvero preoccupante è il numero delle violenze (fisiche o verbali) dichiarate: la media è di oltre 10-12 per ciascun infermiere.

Anche le aggressioni verbali hanno risvolti negativi, con la conseguenza professionale prevalente che concerne il "morale ridotto" (41%) e "stress, esaurimento emotivo, *burnout*" (33%). Cosa che, a sua volta, mette a rischio la sicurezza dei pazienti, generando, nel 45,2% dei casi, anche la volontà di abbandonare il posto di lavoro.



dalla FNOPI

Rapporto Crea Sanità “Il SSN si potrà sostenere solo sviluppando le competenze infermieristiche”

Cifre alla mano, il 19esimo Rapporto CREA Sanità (Centro di ricerca riconosciuto da Eurostat, Istat e Ministero della Salute), presentato a inizio anno nella sede del Cnel a Roma, parla chiaro: mancano oltre 60 mila infermieri nel nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Una carenza che è destinata ad aggravarsi pesantemente, specie considerando la popolazione *over 75* (che incrementa il fabbisogno di professionisti per l'assistenza domiciliare); ma pure i pensionamenti (che, in dieci anni, porteranno fuori dal Sistema oltre 100 mila professionisti), le “fughe” all'estero, la limitata possibilità di fare carriera e, soprattutto, i guadagni risibili.

Per affrontare quella che sta davvero diventando un'emergenza, perciò, bisogna programmare adeguati palinsesti del personale, incrementare l'offerta formativa e adottare misure per restituire appeal al lavoro nel SSN, in termini di riconoscimento sociale ed economico.

Dal canto suo, la FNOPI ha pubblicato un contributo, nel Rapporto, in cui si sottolinea la necessità di estendere e espandere le competenze della professione per una migliore qualità dell'assistenza, con il superamento della logica prestazionale.

Inoltre, per far fronte all'aumento del peso della cronicità, bisogna superare i tabù che, in Italia, sono ancora associati ai concetti di *skill mix* e *task shifting*. “L'infermiere specialista - si legge nel Rapporto CREA Sanità a firma della Federazione - è referente specifico dei generalisti e degli assistenti infermieristici per l'inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con particolare riferimento ai casi di maggiore complessità.

Ora, però, bisogna pensare seriamente a un nuovo professionista, responsabile dell'assistenza infermieristica nell'ambito di riferimento”. “Per risolvere il problema della carenza degli infermieri - ha aggiunto il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega** - la prima modalità da attivare è l'evoluzione del percorso universitario, per far sì che la Laurea magistrale abbia anche l'indirizzo clinico: l'unico capace di rispondere all'attuale cambio dei bisogni di salute”.

Per consultare il Rapporto, https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/01/19%C2%B0-Rapporto-sanita_def.pdf

Per leggere il capitolo FNOPI nel Rapporto, <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/01/PAGINE-FNOPI-CREA.pdf>



Presentati i risultati di “Spiagge serene”



La scorsa estate, “Spiagge Serene”, ovvero: 48 giornate di impegno di un’equipe multidisciplinare di infermieri e altri professionisti sanitari sul litorale romano; più di 10.000 bagnanti coinvolti; 15.000 brochure distribuite; 62 simulazioni effettuate da personale infermieristico sulla distruzione delle vie aeree, rianimazione cardiopolmonare, manovre in caso di annegamento.

Numeri importanti che sono stati presentati al presidente della Giunta Regionale, **Francesco Rocca**, il 29 febbraio scorso (Giornata delle Malattie Rare), quali risultati di un’iniziativa ideata dall’Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma e realizzata, nel 2023, in collaborazione con le Asl Roma 3, Roma 4 e Roma 6. Un’iniziativa che, visti i riscontri, si replicherà anche per il 2024.

L’obiettivo del progetto è stato quello di fornire informazioni su corretti stili di vita, e/o comportamenti



giusti da tenere in caso di piccoli inconvenienti in spiaggia, consigliando semplici azioni da eseguire per la gestione immediata di situazioni di pericolo (replicabili in ogni contesto di vita), senza aspettare il cittadino in un ambiente sanitario, ma “prendendo l’iniziativa” e recandosi in loco per farsi ascoltare dal maggior numero possibile di utenti, concretizzando il concetto di sanità proattiva. Di particolare interesse l’analisi dei questionari di gradimento somministrati nelle giornate di lavoro di “Spiagge Serene”, dai quali è emersa una “piena soddisfazione per il progetto” (98%), con un “livello alto di utilità percepita” (88%). Da qui, la volontà dei partecipanti di riproporre l’iniziativa anche in altri contesti di aggregazione sociale (centri ricreativi, parchi, eventi serali in piazza, centri commerciali), allo scopo di una massiccia divulgazione tramite *social* e web.

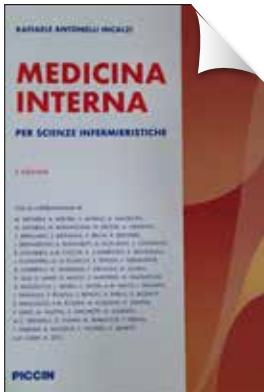
Insomma, la presenza degli infermieri nei luoghi solitamente deputati allo svago è stata molto apprezzata. “La lezione di fondo che ci rimanda il successo di ‘Spiagge Serene’ - ha spiegato il presidente OPI Roma, **Maurizio Zega** - è che non bisogna più aspettare il paziente sulla soglia dell’ospedale, ma accompagnarlo il più possibile nella vita ordinaria, prevenendo e curando prima che gli si presenti la fase acuta della malattia”.

“Il progetto è un ‘ponte’ che evidenzia l’aiuto reciproco e funziona perché il concetto di prendersi cura l’uno dell’altro diventa il connubio che rafforza quella rete fondamentale chiamata salute”, gli ha fatto eco il Commissario Straordinario della Asl Roma 6, **Francesco Marchitelli**, che ha evidenziato la *mission* valoriale di Spiagge Serene. Tra gli argomenti trattati (come ha evidenziato **Francesca Milito**, direttore generale della Asl Roma 3) hanno riportato diversi consensi le dimostrazioni delle manovre di primo soccorso (con simulazioni pratiche su manichini predisposti per le tecniche BLS e per la distruzione delle vie aeree, presso i Gazebo appositamente allestiti), con le tecniche valide sia negli adulti che nei bambini.

“Durante i vari appuntamenti, il personale del Dipartimento delle Professioni Sanitarie è riuscito a coinvolgere le comunità, informandole e sensibilizzandole, realizzando quella medicina di prossimità che sta guidando da un po’ tutte le nostre azioni”: così, il direttore generale della Asl Roma 4, **Cristina Matranga**. “Questo progetto - ha concluso il presidente Rocca - ha portato lungo il litorale di Roma e provincia l’impegno e la professionalità di donne e uomini che, ogni giorno, rendono importante il gesto più piccolo. Anche per questo, la Regione gli sarà sempre vicino”.



Compendio di “Medicina Interna” per le Scienze Infermieristiche



Raffaele Antonelli Incalzi
**Medicina Interna per Scienze
Infermieristiche**
Piccin-Nuova Libreria, 2021
II edizione
(846 pagg, 65 Euro)

Antonella Cocorocchio, Gabriele Caggianelli

Il libro “Medicina Interna” di Incalzi è ricco di contenuti (81 capitoli) e fornisce una panoramica completa della Medicina Interna, enfatizzando le competenze infermieristiche. Si tratta di una guida per gli studenti, che permette sia una buona nozionistica delle patologie che delle relative problematiche assistenziali. L'equilibrata combinazione di approfondimenti teorici, immagini esplicative e quadri riassuntivi, infatti, lo rende una risorsa fondamentale per chi vuole approfondire le conoscenze specialistiche nel campo, mentre i test di autovalutazione consentono di verificare e consolidare quanto appreso.

Organizzato per facilitarne la consultazione (ogni unità è strutturata in modo da agevolare il discente), consta di sezioni tematiche - chiare e ben definite - e di un *incipit* che esamina le malattie dell'apparato cardiovascolare, soffermandosi sull'epidemiologia, i segni delle malattie e la semeiotica strumentale dello stesso.

Nello specifico: il trattamento delle malattie delle vie respiratorie, digestive e urinarie, con particolare attenzione ai sintomi e all'assistenza infermieristica specialistica nella gestione dei pazienti portatori di urostomia; il sistema endocrino e metabolico, con le informazioni sulle diverse patologie e gli strumenti visivi che facilitano la comprensione delle ghiandole e dei meccanismi di regolazione metabolica; le malattie reumatologiche e le patologie del sistema nervoso, trattate considerando piani di assistenza con diagnosi infermieristiche secondo il modello NANDA, arricchendo la trattazione con immagini di manifestazioni articolari e tissutali e schemi riassuntivi.

Il capitolo sull'Oncologia è completato da piani di cura che forniscono una panoramica delle neoplasie e delle strategie utili per l'assistenza infermieristica.

Nel contesto della chemioterapia e del trapianto di cellule staminali emopoietiche, infatti, viene aggiunto il trattamento degli accessi vascolari, con particolare attenzione ai dispositivi PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*).

La sezione dedicata all'Ematologia si avvale di illustrazioni che descrivono la struttura delle cellule del sangue e di tabelle che organizzano le informazioni riguardanti i disturbi. Vengono trattate le procedure necessarie per il trattamento delle terapie trasfusionali da parte del personale infermieristico, con particolare attenzione ai pazienti emorragici o con bassa conta piastrinica, nonché a quelli sottoposti a trattamenti specifici. Un altro capitolo è dedicato alla Geriatria e alle complessità legate all'assistenza infermieristica agli anziani, senza dimenticare il tema della nutrizione e della gestione del paziente in alimentazione artificiale. In conclusione, una sezione sull'Emergenza/Urgenza, con spunti sugli aspetti teorici e pratici delle condizioni cliniche affrontate dagli infermieri.



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

Le novità introdotte dal “Decreto Milleproroghe” e dalla legge di bilancio 2024

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 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.

Sulla Gazzetta Ufficiale del 28 febbraio 2024 è stata pubblicata la Legge n. 18 del 23/02/2024 che ha convertito, con modificazioni, il Decreto-legge n. 215 del 2023, cosiddetto “Decreto Milleproroghe”.

Tra le misure che riguardano la sanità in generale, e il personale sanitario dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ricordiamo:

1) LO “SCUDO PENALE”

È stato prorogato fino al 31 dicembre 2024 lo “scudo penale” per medici e infermieri, introdotto durante lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, per mezzo del quale, l'omicidio colposo e le lesioni personali colpose, commesse nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, **sono punibili solo nei casi di colpa grave e se ricorrono situazioni di grave carenza di personale sanitario.**

Lo scudo penale, quindi, fino al 31 dicembre 2024, “difenderà” il personale medico e infermieristico in ambito penale, non solo per i fatti commessi con colpa lieve, ma anche per quelli commessi per errori gravi, quando si riesca a dimostrare che il lavoro viene svolto in condizioni di difficoltà per carenza di personale.

Si riporta di seguito il testo dell'articolo 4, comma 8-septies del D.L. 30/12/2023, n. 215, convertito con modificazioni dalla L. 23/02/2024, n. 18:

8-septies. La limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave prevista, per la durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dall'articolo 3-bis del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2021, n. 76, si applica altresì ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale commessi fino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario.

8-octies. Ai fini di cui al comma 8-septies, si tiene conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato.

2) L'ETÀ PENSIONABILE

È stata introdotta la possibilità da parte degli Enti del SSN di trattenere in servizio, **su base volontaria**, i dirigenti medici, **sanitari** e i docenti universitari che svolgono attività assistenziale **fino a 72 anni, senza tuttavia poter ricoprire ruoli apicali.**

Tale possibilità è stata introdotta con il comma 164-bis dell'articolo 1 della legge 30 dicem-

bre 2023, n. 213, in materia di trattenimento in servizio di dirigenti medici e sanitari e di infermieri del SSN, che testualmente recita:

“164-bis. Anche al fine di far fronte alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale assunto ai sensi dell'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e dei medici con contratto di formazione specialistica, nonché di fronteggiare la grave carenza di personale, le aziende del SSN, fino al 31 dicembre 2025, possono trattenere in servizio, su istanza degli interessati, i dirigenti medici e sanitari dipendenti del SSN, in deroga ai limiti previsti dall'articolo 15-nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque non oltre la predetta data del 31 dicembre 2025. Il Ministero della Salute e le università possono applicare le disposizioni di cui al primo periodo, rispettivamente, ai dirigenti medici e sanitari di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, e ai docenti universitari che svolgono attività assistenziali in Medicina e Chirurgia.

Le amministrazioni di cui al primo e al secondo periodo possono riammettere in servizio, a domanda, fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque non oltre il 31 dicembre 2025, il personale di cui al presente comma collocato in quiescenza a decorrere dal 1° settembre 2023 avendo maturato i requisiti anagrafici e contributivi per il pensionamento di vecchiaia, nei limiti delle facoltà assunzionali vigenti e previa opzione da parte del medesimo personale per il mantenimento del trattamento previdenziale già in godimento ovvero per l'erogazione della retribuzione connessa all'incarico da conferire. I dirigenti medici e sanitari e i docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia di cui al presente comma non possono mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale”.

* * *

Numerose novità sono state poi introdotte dalla legge di bilancio 2024, ossia la legge 30 dicembre 2023 n. 213, entrata in vigore il 1° gennaio 2024, che ha previsto un incremento di risorse per il fondo sanitario nazionale di tre miliardi di euro.

Per quanto di interesse, si ricordano le seguenti misure:

1) Aumento della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive

Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle Aziende e negli Enti del SSN, nonché di ridurre le liste d'attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, è previsto un aumento della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive del personale infermieristico fino a 60 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

2) Reclutamento personale

Al fine di supportare ulteriormente l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente, limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, la spesa massima autorizzata è incrementata di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del SSN.

3) Pensioni

Al fine di evitare ogni possibile penalizzazione, per i dirigenti medici e sanitari e gli infermieri del SSN viene prevista la possibilità di presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio, anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo e, comunque, non oltre il settantesimo anno di età.

SARA E MATTEO

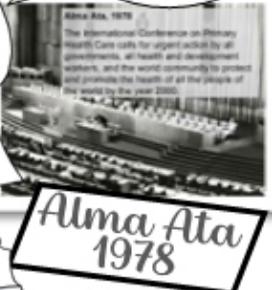


BUON RITORNO A CASA SIGNORA ANNA



PERCHE' CONTINUI A GUARDARE QUEL POSTER?

PERCHE' OGGI ASPETTIAMO ANCORA CHE SI RAGGIUNGANO ALCUNI OBIETTIVI DI ALMA ATA



Alma Ata 1978



A CHE TI RIFERISCI?

AGLI AMMINISTRATORI, CHE DOVREBBERO «FORMULARE STRATEGIE E PIANI D'AZIONE PER SOSTENERE L'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA IN MODO COORDINATO CON GLI ALTRI SETTORI.»



IO E TE OGGI ABBIAMO SALUTATO QUELLA PAZIENTE PER LA TERZA VOLTA IN UN ANNO E SAPPIAMO CHE PRIMA O POI LA RIVEDREMO!



...ECCO QUA, ADESSO VUOI ANCHE ENTRARE IN POLITICA...

PIANTALA... NON SERVE ENTRARE IN POLITICA, SERVE CHE LA POLITICA ENTRI PIÙ NELLE QUESTIONI DELLA PROFESSIONE, CHE LE AFFRONTI DA VICINO!



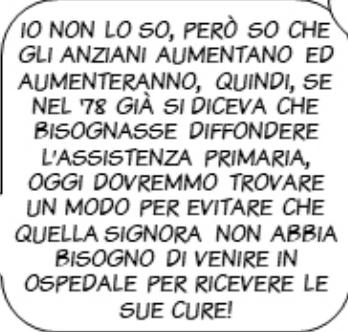
CERTO, HA UNA PATOLOGIA CRONICA!



ESATTO! ED HA ANCHE DELLE COMORBILITÀ. POSSIBILE CHE NON CI SIA UN MODO PER PREVEDERE, RITARDARE DELLE CURE SANITARIE?



IO CREDO CHE CI SI POSSA LAVORARE...



IO NON LO SO, PERÒ SO CHE GLI ANZIANI AUMENTANO ED AUMENTERANNO, QUINDI, SE NEL '78 GIÀ SI DICEVA CHE BISOGNASSE DIFFONDERE L'ASSISTENZA PRIMARIA, OGGI DOVREMMO TROVARE UN MODO PER EVITARE CHE QUELLA SIGNORA NON ABBA BISOGNO DI VENIRE IN OSPEDALE PER RICEVERE LE SUE CURE!

...UN PROGETTO D'INFERMIERISTICA TERRITORIALE? HO GIÀ IN MENTE IL NOME: "MATTEO & SARA SPECIAL TEAM..."

"SPECIAL TEAM" MI PIACE, MA CASOMAI "SARA & MATTEO..."



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

Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.

Gli articoli, possibilmente numerati nelle pagine, dovranno essere così strutturati: titolo in **italiano** e in **inglese**; Abstract in **italiano** e **inglese** (max 300 parole); Parole-chiave (da 2 a 6 in italiano e inglese). Quindi: Introduzione e obiettivi; Materiali e metodi; Risultati e Discussione; Conclusioni e Biblio/Sitografia. Inoltre, vanno specificati: presenza/assenza di conflitto di interesse e eventuali finanziamenti ottenuti.

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

FIGURE E TABELLE

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>) che ha il vantaggio di facilitare la lettura di un testo non interrotto dalla citazione, in quanto più scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citato; in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

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

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



OPI ROMA
a portata di click!



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



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



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



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