

INFERMIERE

OGGI

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

IL CORAGGIO PER CAMBIARE

Rimanere a guardare è costoso e inaccettabile

“Può darsi che non siate responsabili per la situazione in cui vi trovate, ma lo diventerete se non fate nulla per cambiarla.”

(Martin Luther King)



In alto i calici per il Nuovo Anno e per festeggiare l'ultimo numero 2023 di *Infermiere Oggi*, in cui abbiamo cercato di sintetizzare gli accadimenti più significativi del trimestre appena trascorso, tracciando le linee di azioni future attraverso la relazione programmatica enunciata all'Assemblea degli iscritti di dicembre.

La nostra rivista, tra l'altro, vuole dar voce alla comunità infermieristica romana - anche quella più giovane - cercando di farne emergere il lato più positivo e propositivo. Questo, ovviamente, tenendo conto che l'*Infermieristica italiana*, a dispetto delle rituali promesse fatte dalle amministrazioni nazionali e regionali, resta "senza luce, senza acqua e senza il necessario nutrimento", come una pianta maltrattata, destinata ad appassire nonostante le forti radici, come ci ricordano i protagonisti della striscia che chiude il numero.

Così, tra molte difficoltà e scarse soddisfazioni, resta l'augurio che questi siano davvero 12 mesi fruttuosi per tutti. Specie per la Professione.

EDITORIALE

2_ Il coraggio per cambiare di Maurizio Zega



4_ Conoscenze e self efficacy negli studenti infermieri sulle infezioni correlate all'assistenza e sul rischio infettivo: uno studio quasi-sperimentale

Angelica Carnevale, Jacopo Fiorini, Clara Viturale, Carmela Cucchi, Serena Fondi, Gaetano Ciliento

15_ Gli infermieri nelle cure primarie. Indagine di follow-up sulle modifiche delle abitudini comportamentali nella popolazione di un quartiere di Roma dopo interventi educazionali interdisciplinari per la promozione della salute cardiovascolare

Eduardo Mazza, Martina Pizzirusso, Michele Mancusi, Antonietta Ciuccio, Marianna Miceli, Floriana D'Ambrosio, Stefano Gambioli, Andrea Tamburrano, Gianfranco Damiani, Patrizia Laurenti, Caterina Galletti

DAL CECRI

27_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

28_ Estratto della Linea Guida "La valutazione multidimensionale della persona anziana" (Parte I)

33_ COMMENTARY al COCHRANE

35_ Gli *outcome* internazionali
dei progetti del CECRI

40_ Tor Vergata, è nata Alinurse

DALL'ORDINE

41_ Assemblea degli iscritti

43_ Il Bilancio

48_ OPI Roma Giovani
Un incontro per parlare della Professione

DALLA FNOPI

49_ Con lo studio BENE scopriamo
come stanno gli infermieri italiani

50_ Al Forum Risk di Arezzo presentata
la piattaforma "Infermieri per voi"

DALLA REGIONE

52_ All'ospedale di Tivoli, il personale sanitario
soccorre i pazienti salvandoli dalle fiamme

53_ Una panchina rossa contro
la violenza di genere

OPI DI BIBLIOTECA

54_ Un compendio di Psicologia per supportare
gli operatori "delle professioni d'aiuto"

PILLOLE LEGALI

55_ Infermieri del Servizio Sanitario Nazionale
Ecco le linee guida sullo svolgimento di attività
lavorativa al di fuori dell'orario di lavoro

57_ Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024
(GU n.303 del 30/12/2020-Suppl. Ordinario n.40)
La Legge n.213 del 30 dicembre 2023

60_ JBI Best Practice. Esperienze e percezioni degli
infermieri che lavorano nel turno notturno

64_ LA STRISCIA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXIII - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 2023
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

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

Direttore responsabile
Maurizio Zega

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Segreteria di redazione
Gabriele Caggianelli, Claudia Lorenzetti, Desirée Rubei,
Alessandro Stevano, 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: freepick.com
Finito di stampare: gennaio 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

Il coraggio per cambiare

di Maurizio Zega

“

Siamo stanchi di sentir dire che la professione 'non attrae': sono le condizioni di esercizio della professione a determinare la carenza di infermieri. Presso i giovani, la nostra professione non solo non risente di particolari handicap nell'approccio, ma, anzi, negli ultimi anni, ha accresciuto il suo prestigio e la sua riconoscibilità

”

Abbiamo sempre negato, restando razionali anche quando la situazione complessiva del sistema sanitario volge al peggio, che quella della professione infermieristica fosse solo una questione legata al problema economico: BASTA!!!! Sarebbe meglio avere più soldi? CERTO!!! Ma continuiamo a respingere l'equazione - ripetuta come un mantra - che si tratta solo di pagarli di più, e allora la carenza di personale infermieristico cesserebbe per incanto.

E siamo anche un po' stanchi di sentir dire che la professione “non attrae”: sono, lo abbiamo appena affermato sul nostro ultimo numero, le condizioni di esercizio della professione a determinare la carenza.

Presso i giovani, la nostra professione non solo non risente di particolari handicap nell'approccio, ma, anzi, negli ultimi anni, ha accresciuto il suo prestigio e la sua riconoscibilità. Lo testimonia anche un recente incontro, organizzato dal gruppo di OPI Giovani dell'Ordine di Roma, seguito da diverse centinaia di giovani infermieri e studenti: è emerso con forza come questi non siano affatto lo “scarto” di qualcos'altro, persone in fuga dalla povertà e in cerca solo di stabilità e posto fisso.

Al contrario, le parole chiave sono “scelta”, “specializzazione”, e persino “area critica”, cioè proprio quella in cui ci sarebbe una dolorosa carenza di personale sanitario.

È vero che la diagnosi della situazione complessiva è preoccupante. Ma più ancora della diagnosi, ad essere preoccupanti sono le terapie sin qui proposte, che non sono curative ma sintomatiche, cioè inseguono sempre una logica di tamponamento e mai, invece, una razionale e scientifica analisi che colleghi, in una visione olistica, i diversi fenomeni di crisi, puntando ad un rovesciamento del paradigma di funzionamento del sistema nel suo complesso.

Si curano, sembra, sempre e solo i sintomi.

Proviamo ad esprimerci con esempi più concreti: pare che ce ne sia un gran bisogno, perché il messaggio che passa è sempre quello dell'emergenza; senza -, dicevamo - che nessuno si azzardi a spingersi qualche metro più in là del proprio naso, qualche metro più in là dei casi drammatici di “malasanità”, sostanzialmente usati solo per rovesciare le colpe vere o presunte su questo o quello schieramento politico al governo nazionale o regionale, in un'orgia di fuga dalla responsabilità.

Le terapie? Le abbiamo ripetute fino alla nausea: riforma dei Corsi di Laurea, con la possibilità di specializzazione clinica, che esiste nei fatti ma non viene riconosciuta: “oggi tutta una serie di attività cliniche vengono svolte dagli infermieri ma siccome non esiste la ‘branca’ di specializzazione infermieristica non

“

In tema di riflessioni: è razionale respingere il fatto che un infermiere abbia una reale responsabilità sanitaria in campo territoriale quando lo stesso è il primo che analizza un paziente acuto sull'ambulanza e il primo che lo esamina al triage anche in ospedale?

”

“

Per fare grandi riforme, ci vogliono risorse, certo: economiche, tecnologiche e umane. Ma, prima di tutto, ci vuole coraggio

”

ci sono né i nomenclatori né i tariffari”. Appunto. E vi stupite poi che giovani intelligenti e determinati a crescere professionalmente ci pensino sopra due volte prima di abbracciare la professione?

Ma andiamo sul concreto: la carenza di infermieri è drammatica già adesso, in un sistema ancorato ad una medicina che attende il paziente sulla soglia dell'ospedale e se ne dimentica o quasi quando ne esce. Poi ci sono le fastidiose previsioni del PNRR, quelle che parlano di Medicina territoriale e proattiva, di presa in carico e di cura. E, alle volte, pare che questo disegno di evoluzione del sistema sanitario sia vissuto più come un pericoloso orizzonte (foriero di ulteriori macroscopiche spese) che non per quello che è: un'opportunità. Opportunità anzitutto per riflettere in modo razionale e scientifico: sono decenni che gli studi più autorevoli in campo internazionale indicano questi obiettivi, ma da noi li si vive solo come un fastidioso problema da tamponare, o, al più, come un prezzo da pagare per incassare i soldi che ci sono dietro, per poi proseguire come prima. Cioè, proseguire negando qualsiasi responsabilità sanitaria nella cronicità e nell'assistenza ad una professione, la nostra, che ha tutte le carte in regola per assumerla. È come se il sistema ci formasse per essere dei valenti meccanici, che vengono richiesti anche all'estero, e poi ci utilizzasse per ferrare i cavalli, dimenticandosi che, frattanto, nel mondo dei trasporti i cavalli non ci sono più.

E, in tema di riflessioni: anche l'argomento delle limitate risorse finanziarie per la riforma della sanità, in senso sociosanitario e proattivo, mostra un poco la corda. Siamo così sicuri che continuare per esempio ad escludere l'infermiere da qualunque attività prescrittiva - quanto meno nel campo dei presidi sanitari e forse non solo per quelli - pretendendo che sia un medico a prescrivere i pannoloni per gli incontinenti cronici sia una scelta economicamente razionale? Ed è razionale respingere il fatto che un infermiere abbia una reale responsabilità sanitaria in campo territoriale quando lo stesso è il primo che analizza un paziente acuto sull'ambulanza e il primo che lo esamina al triage anche in ospedale?

È tutto il paradigma, l'intero impianto, che va rovesciato, come da decenni indica la letteratura scientifica mondiale più accreditata. Certo, è un'operazione di vasto respiro: per la politica, è forse più facile continuare ad agitarsi spasmodicamente nel vecchio recinto, cercando di distribuire “carote e bastoni” ora a questo, ora a quello.

Per fare grandi riforme, ci vogliono risorse, certo: economiche, tecnologiche e umane.

Ma, prima di tutto, ci vuole coraggio, come si ebbe quando fu istituito il Servizio Sanitario Nazionale nel lontano 1978.

Ci vuole la seria volontà di afferrare una buona volta il toro per le corna, invece di girarci intorno.

Noi ci siamo!



Conoscenze e *self efficacy* negli studenti infermieri sulle infezioni correlate all'assistenza e sul rischio infettivo: uno studio quasi-sperimentale

Knowledge and self-efficacy for nursing students about healthcare-associated infections and infectious risk: a quasi-experimental study

Angelica Carnevale, Infermiera Specialista in Rischio Infettivo, Rappresentante di Sezione della Regione Lazio ANIPIO, Roma

Jacopo Fiorini, Infermiere di Ricerca, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Roma

Clara Viturale, Infermiera Specialista in Rischio Infettivo, Tesoriera Consiglio Direttivo ANIPIO, Roma

Carmela Cucchi, Infermiera Specialista in Rischio Infettivo, socia ANIPIO, Roma

Serena Fondi, Infermiera, socia ANIPIO, Roma

Gaetano Ciliento, Infermiere Specialista in Rischio Infettivo, vicepresidente ANIPIO, Roma

Parole chiave

Studenti Infermieri, formazione, Infezioni Correlate all'assistenza, autoefficacia

Keywords

nurse's students, training, Healthcare-associated infections, Self-Efficacy

ABSTRACT INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono uno dei problemi di salute pubblica più comuni con risvolti negativi sui pazienti e sui servizi sanitari.

Le ICA sono state identificate come esiti sensibili alle cure infermieristiche, evidenziando in molteplici studi relazioni dirette tra le *performance* infermieristiche erogate e tassi infettivi.

Il livello di conoscenza e competenza che ogni professionista

possiede influenza l'attuazione delle pratiche assistenziali.

Per questo motivo, nella formazione infermieristica universitaria deve essere inserita una modalità interattiva, un approfondimento mirato e strutturato sul rischio infettivo e sulle ICA, e comprendere come esso impatti sulla futura pratica clinica degli studenti infermieri, in termini di conoscenze acquisite e di autoefficacia.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'impatto di un intervento formativo sulle ICA

e sul rischio infettivo in termini di conoscenze e l'autoefficacia degli studenti infermieri. Quelli secondari: valutare la relazione tra il livello di conoscenza e la *self efficacy* degli studenti infermieri prima e dopo l'intervento formativo sulle infezioni correlate all'assistenza e il rischio infettivo.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio quasi-sperimentale, che ha implementato un approfondimento sul

rischio infettivo in ambito universitario, basandosi su una modalità didattica interattiva.

Prima e dopo l'approfondimento, sono stati somministrati i questionari sulle conoscenze e sulla *Self Efficacy Students* (SSE).

RISULTATI

Lo studio ha evidenziato come un approccio di un singolo evento formativo sulle ICA e il rischio infettivo non aumenti in modo significativo le conoscenze di base, ma produce un aumento dell'autoefficacia degli studenti.

CONCLUSIONI

La frammentazione della formazione e l'erogazione di formazione, in una singola edizione, non permette un aumento significativo delle conoscenze di base degli studenti infermieri rispetto alla gestione e prevenzione delle ICA, ma influisce positivamente sulla loro autoefficacia percepita. Sarebbe opportuno ripensare alla strutturazione dell'erogazione di formazione in previsione di un approccio più strutturato e sistematico in termini di contenuti e modalità di erogazione.

ABSTRACT BACKGROUND

Healthcare-Associated Infections (HAIs) are one of the public health problems with negative impacts on patients and healthcare services. HAIs have been identified as nursing-sensitive outcomes, in multiple studies it has highlighted a direct relationship between the nursing performance provided and infection rates. The level of knowledge and competence of each professional influences the implementation of care practices. For this reason, an interactive model and a focused and structured study on infectious risk and HAIs must be included in the Nursing

university education as well as understanding how this impacts the future clinical practice of nursing students in terms of acquired knowledge and self-efficacy. Our aim was evaluate the impact of an educational intervention on the HAIs in terms of knowledge and self-efficacy of nursing students. Secondary objectives were to evaluate the relationship between the level of knowledge and self-efficacy of nursing students before and after the educational intervention concerning HAIs and infection risk.

MATERIAL AND METHODS

A quasi-experimental study was conducted. The study implemented an in-depth analysis of the infection risk in the university setting based on an interactive teaching method. Before and after the in-depth study, questionnaires on knowledge and self-efficacy students (SSE) were administered.

RESULTS

The study highlighted how a single training event approach on HAIs and infection risk does not significantly increase basic knowledge while producing an increase in nursing students' self-efficacy.

DISCUSSION

Cyanoacrylate glue is an effective, simple and economic aid for venous catheter management and could be included in venous catheter management bundles to improve outcome. However, the repeated application of the glue is not well studied, with respect to the functioning of the venous access and possible complications.

CONCLUSIONS

The fragmentation of the training and its provision in a single edition does not allow a significant

increase in the basic knowledge of the nursing students concerning infection management and risk prevention but it positively affects their perceived self-efficacy. It would be appropriate to reevaluate the framework of training provision in anticipation of a more structured and systematic approach in terms of content and delivery methods.

INTRODUZIONE

La sicurezza delle cure è una dimensione essenziale della qualità dell'assistenza sanitaria e una caratteristica irrinunciabile per le organizzazioni, la cui tutela è affidata dai vertici aziendali ai singoli professionisti. Rientrano in questa tematica gli eventi avversi e la loro gestione, come la prevenzione del rischio infettivo e le infezioni correlate all'assistenza (ICA) (1).

Il rischio infettivo e le ICA hanno un elevato impatto clinico sulla sicurezza delle cure.

Il Report 2022 dell'*European Centre for Disease Prevention and Control* ha evidenziato come le ICA siano un problema di sanità pubblica, causando il decesso di circa 33.000 persone assistite (2), e stimando che, in Europa, il 6,5% delle persone assistite in strutture per acuti (e il 3,9% nelle lungodegenze) acquisisca almeno un'infezione correlata all'assistenza durante il ricovero (3). **Le ICA non incidono negativamente solo sugli esiti di salute, ma comportano anche un dispendio economico per le strutture sanitarie.**

Negli Stati Uniti, ogni anno, sono spesi 28,4 miliardi di dollari per contrastare le infezioni correlate all'assistenza (4).

Gli infermieri sono quotidianamente impegnati nella prevenzione, sorveglianza del rischio infettivo e delle ICA in tutti i setting assistenziali: dalla prevenzione alla diagnosi, fino al trattamento. **La**

creazione di percorsi formativi specifici per la gestione del rischio infettivo testimonia la centralità dell'infermiere nella governance delle ICA nella pratica clinica.

La relazione tra infezioni correlate all'assistenza e infermieri è stata studiata dal 2015 (5), evidenziando come, con uno *staffing* infermieristico inferiore agli standard, (rapporto infermiere a paziente almeno uno a sei) aumentino le ICA.

Per tale motivo, sono riconosciute, a livello internazionale, come: *“un esito sensibili alle cure infermieristiche”* (5). Inoltre, sono state valutate anche le relazioni tra il carico lavorativo, la formazione di base degli infermieri e lo sviluppo delle ICA (6). Nell'ambito del progetto *Registered Nurse Forecast* è stato osservato che, nonostante vi sia un livello di conoscenza adeguato sulla prevenzione e controllo delle infezioni, un livello buono e/o elevato per quanto riguarda le precauzioni standard e la cura relativa ai cateeteri urinari, la conformità alle pratiche assistenziali (compresa l'igiene delle mani e l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale) varia ampiamente tra gli operatori sanitari, ed è influenzata dalla propria conoscenza del rischio di infezione e dai comportamenti attuati (6).

Quindi, una buona conoscenza non predice necessariamente l'aderenza alle buone pratiche: è stato riscontrato, infatti, che gli operatori sanitari dimostrano una scarsa aderenza alle pratiche di igiene delle mani, nonostante linee guida consolidate per la prevenzione delle ICA (7).

In linea con quanto evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza e il Piano Nazionale per la Prevenzione evidenziano la necessità di potenziare la formazione degli operatori

sanitari, come leva fondamentale per il controllo delle ICA nella pratica clinica (8,9,10). Questo, benché la formazione dei professionisti sanitari sulla prevenzione e controllo delle ICA sia uno dei requisiti costantemente raccomandati (8).

Formazione di base sul rischio infettivo e sulle ICA

La formazione di base e il *core curriculum* universitario sul rischio infettivo e sulle ICA sono elementi centrali per garantire un'adeguata preparazione di base degli infermieri (11).

Proprio sulla sfida di modificare conoscenze, attitudini e comportamenti dei professionisti sanitari si gioca la possibilità di ridurre in modo significativo i rischi di eventi avversi e quelli legati alle ICA (11). Indagando le conoscenze ed il *core curriculum* degli studenti infermieri è stato desunto un quadro eterogeneo di conoscenze e proposte formative previste e attuate nelle diverse università (11,12).

Uno studio italiano del 2017 ha indagato il livello di conoscenza delle ICA degli studenti di Infermieristica in merito alle infezioni correlate all'assistenza, precauzioni standard e igiene delle mani.

Solo nell'area delle precauzioni standard è stato osservato un “sufficiente” livello di conoscenza da parte di tutti e tre i gruppi di studenti dei tre anni di Corso; mentre, per quanto riguarda l'igiene delle mani, un punteggio “appena sufficiente” è stato raggiunto solo dagli studenti del terzo anno. In generale, dunque, il livello di conoscenza delle ICA era inadeguato (11).

In un altro studio, sempre condotto in Italia e sempre sugli studenti infermieri, il livello di conoscenza era “accettabile” per l'intero campione, ma, anche se il punteggio ottenuto era “abbastanza sufficiente”, si rimarcava la necessità di formare gli studenti su aspetti specifici relativi

alle ICA (12).

Una Revisione della letteratura, condotta tra il 2010 e il 2021, ha indagato le conoscenze e la pratica clinica sulla *compliance* alle precauzioni standard da parte di studenti infermieri. Mentre la conoscenza e la *compliance* sulle precauzioni standard e l'igiene delle mani sono risultate “moderate/buone”, la frizione alcolica delle mani era poco conosciuta (13).

Due studi europei hanno sostenuto che, l'adesione degli studenti di infermieristica alle misure di prevenzione e controllo delle ICA è influenzata non solo dall'offerta curriculare e dalle risorse disponibili nelle strutture accademiche, ma anche dagli standard trasmessi dai *tutor* infermieristici durante i tirocini clinici. I risultati supportano anche la necessità di un focus curriculare dedicato alla prevenzione delle ICA e al controllo dell'apprendimento, non solo attraverso moduli specifici in classe, risorse innovative e approcci pedagogici, ma anche attraverso un collegamento complementare e coordinato tra insegnanti e *tutor* in contesti accademici e clinici (14,15).

A oggi, l'apprendimento specifico di questo argomento è soprattutto demandato a corsi di specializzazione, master e Laurea magistrale. L'OMS, nel documento *“Minimum requirements for infection prevention and control programmes at the Naonal level”*, del 2019, raccomanda di identificare le abilità e le competenze da sviluppare nella formazione di base alla luce di linee guida e le *Evidence-based* di livello nazionale e internazionale, dando priorità alle pratiche e/o tipi di infezioni più frequenti (16).

Nel 2014, alcune Società Scientifiche Mediche ed Infermieristiche hanno valorizzato il tema della formazione di base - e avanzata

delineando come sia necessario dedicare dei Crediti Formativi Universitari specifici per il rischio infettivo e le ICA, un tirocinio pratico, una metodologia *problem solving* e attività didattica tutoriale, interattiva e indirizzata a facilitare l'acquisizione di conoscenze, abilità, modelli comportamentali utili all'esercizio della professione (17). Nel 2023, dal gruppo di lavoro multidisciplinare della società scientifica ANPIO, è stato identificato un set di contenuti *core* e laboratori irrinunciabili per le Lauree triennali in Infermieristica, con identificazione di contenuti essenziali del modulo base (glossario dei principali concetti, la catena dell'infezione, precauzioni standard, igiene delle mani ecc.) e i contenuti essenziali delle ICA: infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale (CAUTI); infezione sito chirurgico (ISC), batteriemie associate a cateteri periferici e centrali (CRBSI), polmoniti associate a ventilazione meccanica (VAP) (18).

L'inserimento nel percorso di Laurea triennale potrebbe migliorare il grado di conoscenza degli studenti infermieri relativamente alle ICA e al rischio infettivo.

Self Efficacy e le conoscenze

Nell'apprendimento dello studente, è necessario considerare non solo un approccio sistematico curriculare e una didattica interattiva rivolta al *problem solving*, ma la *self efficacy* o autoefficacia percepita: si tratta di un elemento chiave, inteso come la "*convinzione sulle capacità dello studente di produrre i risultati accademici che desidera*" (19). **L'autoefficacia percepita di uno studente è influente sul suo livello di prestazione e sulla qualità di impegno speso nelle attività didattiche affrontate.**

Quindi, la convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizza-

re il corso di azioni necessario per gestire adeguatamente le situazioni, in modo da raggiungere i risultati prefissati.

Le convinzioni di "efficacia" influenzano il modo in cui le persone pensano, si sentono, trovano le motivazioni personali e agiscono. Secondo Albert Bandura, l'autoefficacia è: "*la convinzione nelle proprie capacità di organizzare ed eseguire le linee d'azione necessarie per gestire situazioni potenziali*" (19). Gli atteggiamenti, le capacità e le abilità cognitive di una persona comprendono ciò che è noto come il "sistema del sé". L'autoefficacia ne è una componente essenziale. Tale sistema gioca un ruolo importante nel modo in cui percepiamo le situazioni e nel modo in cui rispondiamo a situazioni diverse. In altre parole, l'autoefficacia è la convinzione di una persona nella sua capacità di avere successo in una situazione particolare (19,20). L'autoefficacia può riguardare una convinzione generale o specifica: la prima si riferisce a una generale capacità percepita di affrontare condizioni stressanti; la seconda si riferisce a un particolare contesto o situazione. L'autoefficacia relativa al campo accademico riguarda la capacità percepita dagli studenti di padroneggiare con successo diverse aree curriculari, di autoregolare le attività di apprendimento e di gestire le relazioni con insegnanti e colleghi (21).

L'autoefficacia accademica ha una relazione forte e significativa con il rendimento scolastico, poiché le capacità cognitive e di apprendimento sono necessarie ma non sempre sufficienti (21).

Bandura mette in correlazione due componenti: le abilità e convinzioni di efficacia, che agiscono l'una sull'altra in modo reciproco.

Questi vi si riferiva come a una "causazione reciproca", in cui il

funzionamento di un componente dipende, in parte, dal funzionamento dell'altro (22).

In questo modo, gli studenti con alti livelli di autoefficacia possono trasformare i problemi in opportunità, pensare in modo strategico per risolvere le loro difficoltà e sentirsi capaci di controllare la maggior parte dei fattori di stress nella loro vita. Viceversa, gli studenti infermieri con bassa autoefficacia tenderanno ad evitare situazioni che hanno portato a fallimenti passati; pertanto, **un forte senso di autoefficacia e soddisfazione sul lavoro è fondamentale per ridurre l'attrito nella professione infermieristica.**

Le prestazioni cliniche degli studenti, il completamento del corso e le motivazioni dei risultati dipendono anche dall'autoefficacia individuale percepita (23).

In letteratura, sono più presenti studi che valutano l'autoefficacia degli studenti infermieri in fase di attività clinico-assistenziale, mentre per l'autoefficacia accademica ne sono presenti meno, e sono soprattutto incentrati sulla valutazione di strumenti per misurare la *self efficacy*. (24,25,26,27,28).

Si potrebbe, dunque, ipotizzare che, grazie a moduli universitari dedicati a tematiche specifiche (come quelle relative alle ICA), non solo aumenti il livello delle conoscenze degli studenti infermieri, ma anche la loro *self efficacy*.

Lo scopo di questo studio è stato di valutare l'impatto di un intervento formativo sulle ICA e sul rischio infettivo in termini di conoscenze e l'autoefficacia degli studenti infermieri. Obiettivi secondari, di valutare:

- il livello di conoscenza degli studenti infermieri prima e dopo l'intervento formativo sulle infezioni correlate all'assistenza e il rischio infettivo;

- il livello di *self efficacy* degli studenti infermieri prima e dopo l'intervento formativo sulle infezioni correlate all'assistenza e il rischio infettivo;
- la presenza di correlazione tra le conoscenze e la *self efficacy* prima e dopo l'intervento formativo sulle infezioni correlate all'assistenza e il rischio infettivo.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio quasi-sperimentale da dicembre 2021 a aprile 2023, in 19 sedi didattiche dei Corsi di Laurea in Infermieristica di università romane.

Il campione

Allo scopo, sono stati arruolati studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica, secondo i seguenti criteri: frequentanti il terzo anno del CdL e/o terzo anno fuori corso. Si è scelto di includere solo il campione descritto in quanto ha già acquisito, nel curriculum universitario, l'esperienza di pratica clinico/assistenziale nei vari *setting* di assistenza e le nozioni di base in materia di Scienze infermieristiche, Igiene, Microbiologia, Infettivologia e Sanità pubblica, necessarie per affrontare tematiche sul rischio infettivo e ICA.

L'intervento formativo

Tra dicembre 2021 e giugno 2022, lo studio ha previsto l'erogazione di un singolo evento formativo, per ogni sede universitaria, della durata di cinque ore, dove sono state affrontate le tematiche inerenti il rischio infettivo e le ICA.

La modalità di erogazione dei contenuti didattici ha previsto l'attuazione di strategie formative su modelli interattivi come: analisi dei casi clinici, sessioni di domande e risposte e laboratori interattivi.

Il *format* dell'attività formativa è stato standardizzato per tutte le sedi universitarie e organizzato in tre *step*: narrazione di casi clinici;

discussione dei casi narrati e laboratorio. La narrazione è stata usata come *incipit* per trattare le tematiche sul rischio infettivo e sulle ICA, e sono state sviluppate su *setting* distinti: uno riguardante l'ambito dell'emergenza e urgenza e l'altro della cronicità.

La discussione dei casi clinici con gli studenti ha permesso di avere un momento di rielaborazione degli argomenti trattati, evidenziando le buone pratiche per singola tematica affrontata, permettendo di indirizzarli all'attività di laboratorio, che è stato organizzato per far sì che lo studente potesse rielaborare le informazioni condivise e restituire quanto acquisito in termini di buone pratiche, utilizzando la metodologia del *problem solving*.

Il Laboratorio interattivo ha previsto la restituzione, alla fine, di pratiche *evidence based* in riferimento ad argomenti trattati, quali: l'igiene delle mani, le precauzioni di isolamento, la prevenzione delle più frequenti infezioni correlate all'assistenza ecc.

In generale, tutti i contenuti dell'intervento sono stati selezionati tenendo conto del core curriculum sulle conoscenze di base infermieristiche: *Multi Drug Resistant Organism* (MDRO), precauzioni di isolamento standard e aggiuntive, igiene delle mani ed uso dei guanti, le maggiori infezioni correlate all'assistenza: ISC, CRBSI, CAUTI, VAP e relativi *bundle*. (29,30,31,32,33,34)

I docenti sono stati tutti infermieri iscritti alla Società Scientifica di Infermieri Specialisti in Rischio Infettivo (ANIPIO), con esperienza clinica e formativa nell'ambito del rischio infettivo.

La raccolta dei dati

Lo studio ha previsto la raccolta dati tramite l'utilizzo di due questionari somministrati nell'immediato pre e post formazione: la

Student Self Efficacy Scale (SSE) per la valutazione del livello di autoefficacia e il questionario per la valutazione delle conoscenze di base, tanto del singolo studente quanto, complessivamente, del gruppo classe.

Il questionario comprendeva la raccolta di dati socio anagrafici: età e sesso, titolo di studio scuola superiore, facoltà e sede del Corso universitario.

La somministrazione dei questionari è stata fatta servendosi della piattaforma di Google Forms. Tutte le informazioni sono state raccolte in forma anonima e aggregata.

Strumenti

Gli strumenti di raccolta dati sono stati composti da una scala validata e presente in letteratura SSE per la valutazione della *self efficacy* o autoefficacia, e un questionario costruito *ad hoc* dal gruppo di esperti per la valutazione delle conoscenze di base.

Il questionario

È stato somministrato un questionario elaborato *ad hoc* dal gruppo di esperti di rischio infettivo, dopo aver identificato sei aree di riferimento che corrispondono alle sei macroaree comprese nel *core* curriculum dello studente infermiere (29,30,31,32,33,34).

Il questionario è composto da sei sezioni (72 *item* complessivi) riguardanti gli argomenti inseriti nei casi clinici presentati: precauzioni standard e aggiuntive di isolamento, igiene delle mani, ISC, CRBSI, CAUTI, VAP.

Per ogni *item*, lo studente è stato invitato ad esprimere il suo grado di soddisfazione su una scala *Likert* a cinque punti (che va: da "in completo disaccordo" a "completamente d'accordo"). Sommando il punteggio di ogni *item* per sezione e poi delle sezioni, si ottiene il Livello Appropriato di *Performance* (LAP) per area e in generale.

Questionario Student Self Efficacy Scale (SSE)

La SSE è stata somministrata, previa formale autorizzazione da parte degli autori che l'hanno sviluppata (35), per valutare la *self efficacy*/l'autoefficacia degli studenti nell'affrontare il corso sul rischio infettivo.

La scala è composta da 10 *item* a cui lo studente ha risposto tramite la scelta di quattro possibili opzioni (che vanno da: "non è affatto vero" a "esattamente vero"). Un punteggio medio delle risposte fornite esprime il livello di *self efficacy* posseduto dai partecipanti: maggiore è il valore medio e maggiore sarà il loro livello di *self efficacy*.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati si è avvalsa dell'esportazione, delle informazioni raccolte dalla piattaforma di Google Forms, mediante Excel di Microsoft, da cui è stata effettuata, successivamente, l'analisi statistica descrittiva ed inferenziale mediante *software* statistico SPSS v.26.

Le variabili socio-demografiche sono state analizzate con una statistica descrittiva utilizzando per

quelle quantitative media (M) e Deviazione standard (DS) e quelle qualitative, frequenze e percentuali. Per verificare l'efficacia della fase formativa, si è condotta l'analisi del t test a campioni appaiati tra le medie ottenute sul livello di conoscenza e SSE pre e post intervento. È stata anche effettuata una regressione lineare con metodo per blocchi con variabile indipendente il LAP post-formazione e come variabili indipendenti il livello di autoefficacia SSE e le variabili sociodemografiche.

Sono stati considerati statisticamente significativi i risultati con un $p < 0.05$.

RISULTATI

Descrizione del campione

Nello studio sono stati arruolati 545 studenti, con un'età media di 23,87 anni (DS= 5,13; *range*: 20-62) prevalentemente donne (N=445; 81,6%). Il 64,6% (N= 352) degli studenti provenivano dall'università Sapienza; il 17,7% (N= 96) dalla facoltà di Infermeristica di Tor Vergata; il 15% (N= 82) dall'università Cattolica del

Sacro Cuore e il 2,7% (N= 15) dal Campus Bio-Medico.

In merito alla formazione secondaria, di secondo grado il campione era così suddiviso: il 74% degli studenti (N=271) proveniva da un istituto liceale; il 12,5 % (N=139) da un istituto tecnico e il 12,1 % (N=135) da un istituto professionale. Il 1,4 % (N=17) degli studenti non ha fornito tale informazione. Nella fase post formativa, 476 studenti hanno preso parte alla valutazione finale dello studio con un tasso di *droup out* del 12,7 %.

Dati dai questionari

Attraverso il t test a campioni appaiati sono state analizzate le sei dimensioni del questionario per la valutazione delle conoscenze di base e il LAP sulle conoscenze pre e post fase formativa.

È emerso che, nonostante ci siano delle differenze delle medie statisticamente significative (**tabella 1**), non è stato registrato un netto incremento nella media del punteggio totale dello strumento e delle aree di conoscenza pre e post-formazione.

Rispetto ai risultati della SSE, ovvero relativi alle capacità di gestire in modo adeguato le situazioni e a padroneggiare le attività al fine di raggiungere i risultati prefissati, nell'ambito dell'autoefficacia nell'apprendimento e nello studio, è emerso che, prima della fase formativa, si è ottenuto un punteggio SSE medio di 3,38 (DS = ,40) e, dopo, di 3,52 (DS = ,46), risultato statisticamente significativo ($t = -5.29, p < ,000$).

Con l'analisi della correlazione, effettuata con la correlazione (r) di Pearson, è emerso che la fase formativa (riportata nella tabella con la variabile tempo) è associata e statisticamente significativa ($p < ,000$) sia al LAP che al SSE che gli studenti hanno raggiunto.

Tabella 1. Valutazione performance pre e post-formazione

Area	M (DS) preformazione	M (DS) post-formazione	p
Igiene mani	3,70(0,57)	3,67(0,57)	,45
CRBSI	3,38(0,57)	3,46(0,59)	,004
ISC	3,78(0,49)	3,76(0,53)	,64
CAUTI	3,89(0,52)	3,97(0,55)	,02
VAP	3,26(0,53)	3,43(0,55)	,000
Precauzioni di Isolamento	3,72(0,57)	3,75(0,57)	,26
LAP Totale	3,62(0,41)	3,72(0,44)	,000

Note: in grassetto le differenze statisticamente significative. M=Media; DS=deviazione standard; CRBSI=batteriemie associate a cateteri periferici e centrali; ISC=infezione del sito chirurgico; CAUTI=infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale; VAP=pneumoniti associate a ventilazione meccanica; LAP=livelli appropriato di performance; p=significatività statistica derivante dal t test a campioni indipendenti.

		Età	Tempo	SSETot	LAP	IgMani	Isolam	ISC	CRBSI	CAUTI	VAP
età	r di Pearson	1									
	Sig. (2-code)										
Tempo	r di Pearson	-,070*	1								
	Sig. (2-code)	,020									
SSETot	r di Pearson	,019	,157**	1							
	Sig. (2-code)	,527	,000								
LAP	r di Pearson	,103**	,126**	,219**	1						
	Sig. (2-code)	,001	,000	,000							
Igiene Mani	r di Pearson	,113**	-,022	,148**	,755**	1					
	Sig. (2-code)	,000	,457	,000	,000						
Isolam	r di Pearson	,065*	,034	,170**	,791**	,640**	1				
	Sig. (2-code)	,029	,258	,000	,000	,000					
ISC	r di Pearson	,095**	-,014	,157**	,804**	,559**	,582**	1			
	Sig. (2-code)	,002	,643	,000	,000	,000	,000				
CRBSI	r di Pearson	,084**	,086**	,158**	,771**	,429**	,492**	,547**	1		
	Sig. (2-code)	,005	,004	,000	,000	,000	,000	,000			
CAUTI	r di Pearson	,071*	,072*	,188**	,747**	,399**	,440**	,555**	,504**	1	
	Sig. (2-code)	,019	,017	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
VAP	r di Pearson	,079**	,165**	,155**	,685**	,374**	,421**	,478**	,564**	,561**	1
	Sig. (2-code)	,009	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

Tabella 2 - Correlazioni

Note: *. La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code); **.

La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code); SSETot=livello di self efficacy; Isolam=misure di isolamento; CRBSI=batteriemie associate a cateteri periferici e centrali; ISC=infezione del sito chirurgico; CAUTI=infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale; VAP=polmoniti associate a ventilazione meccanica; LAP=livelli appropriato di performance.

Nel campione analizzato, emerge la medesima associazione e significatività anche tra il LAP e il SSE. Infine, anche tutte le aree identificate nel LAP (igiene delle mani, isolamento, VAP, CRBSI, CAUTI) si correlano direttamente e significativamente con il SSE (tabella 2). Effettuando la regressione lineare con metodo per blocchi, utilizzando come variabile di-

pendente il LAP raggiunto dagli studenti dopo la fase formativa e, indipendenti, le variabili socio-demografiche e il livello di SSE, emerge che il 7% della variabilità del LAP è spiegato dall'età e il livello di self efficacy ($F = 27,09$, $p < ,000$). Nella tabella 3 si riportano i coefficienti e relativa significatività per variabile inclusa nel modello.

DISCUSSIONE

Lo scopo di questo studio è stato di valutare l'impatto di un intervento formativo sulle ICA e sul rischio infettivo in termini di conoscenze e l'autoefficacia degli studenti infermieri.

I risultati di questo studio, analizzando le sei dimensioni del questionario di *performance* e nel loro totale pre e post fase evento formativo, non sembrano evidenziare un cospicuo miglioramento delle conoscenze relativamente alle infezioni correlate all'assistenza.

L'evento formativo, invece, ha avuto un'influenza positiva sul grado di *self efficacy* degli studenti infermieri, evidenziando anche che questa predice il LAP degli studenti post intervento.

Analizzando le singole dimensioni delle ICA, si notano lievi miglioramenti sulle conoscenze che riguardano comunque argomenti che non rientrano nelle nozioni di base ma avanzate, quali, ad esempio, la prevenzione e gestione delle VAP. Questo risultato permette di effettuare delle riflessioni su un intervento formativo che ha una rilevanza fondamentale nel curriculum formativo degli infermieri e nello scenario della sempre più allarmante diffusione dei microrganismi multi-resistenti, nonché delle emergenti sfide pandemiche/endemiche.

In fase di erogazione dell'evento formativo, l'attenzione e l'interattività maggiore degli studenti è stata rivolta proprio a quegli argomenti specialistici, che hanno rappresentato, per attualità, una priorità informativa e formativa.

È interessante anche come alcuni concetti di base (che dovrebbero essere parte del *core curriculum* acquisito già nei primi due anni del Corso di Laurea in Infermieristica), come le precauzioni di isolamento e l'igiene delle mani, non vengano

Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.
		B	Deviazione standard Errore	Beta		
1	(Costante)	2,629	,118		22,306	,000
	SSETot	,198	,029	,203	6,916	,000
	Tempo	,085	,025	,100	3,387	,001
	età	,010	,003	,106	3,653	,000

Tabella 3 - Coefficienti e relativa significatività per variabile

Note: Variabile dipendente: LAP post=livello appropriato di performance post-formazione; SSETot=livello di self-efficacy.

tradotti come competenze acquisite e formalizzate, registrando un punteggio medio simile, prima e dopo l'intervento svolto.

Il punteggio registrato nel nostro studio è "appena sufficiente" in generale e trova corrispondenza con le precedenti ricerche condotte sugli studenti infermieri in cui si evidenziava un livello "accettabile" o "moderato" rispetto alla gestione delle infezioni correlate all'assistenza (11,12,13).

Probabilmente, aver condotto un singolo modulo formativo di cinque ore - seppur in modalità interattiva - può aver inciso sui risultati ottenuti.

Uno studio recentissimo di ANPIO suggerisce e auspica un approccio sistematico e strutturato al rischio infettivo distribuito nell'arco del triennio di formazione universitaria (18).

Per incitare gli infermieri all'aderenza alle pratiche assistenziali e al mantenimento delle conoscenze acquisite, si stanno sperimentando degli approcci formativi multimodali, che prevedono richiami temporali ogni 15 giorni, con la restituzione dei *feedback* ottenuti dai singoli (36).

Studi futuri potrebbero adottare un approccio multimodale già sperimentato negli infermieri anche per

gli studenti e valutare se si ottenga un miglioramento del loro LAP relativamente alle ICA.

In riferimento al livello di auto-efficacia degli studenti, i risultati ottenuti dalla regressione lineare, seppur registrando una percentuale di varianza molto bassa, hanno dimostrato che, per ottenere un miglioramento del LAP sulle ICA, è necessario che gli studenti aumentino il loro grado di *self efficacy*.

Studi hanno dimostrato che l'auto-efficacia impatta sul comportamento del singolo studente, motivandolo, ergo influenzandone il livello di apprendimento. Auto-efficacia significa anche "*saper adattarsi alle diverse situazioni che possono verificarsi, utilizzando le conoscenze e competenze che si hanno a disposizione (17) e riuscire a far fronte a quanto accade, rispondendo in modo appropriato, efficace ed efficiente*" (17,19, 20, 21,22).

Gli studenti con alti livelli di auto-efficacia possono trasformare i problemi in opportunità, pensare in modo strategico per risolvere le loro difficoltà e sentirsi in controllo della maggior parte dei fattori di stress nella loro vita.

In questo elaborato si ipotizza che il valore esiguo di varianza ottenuto sia stato influenzato dalla possibile

natura e tempistica di implementazione dell'intervento, ovvero aver concentrato in poche ore i contenuti di gestione e prevenzione del rischio infettivo di livello base ed avanzato.

Tale limite potrebbe esser superato con uno studio quasi-sperimentale che suddivida le aree tematiche e le affronti con gli studenti in singole sessioni e valuti il livello di conoscenza al termine di tutto lo studio, rivalutandolo anche a distanza di mesi, così da poter sostenere con maggior accuratezza che la *self efficacy* influenza il livello di conoscenza.

Una formazione clinica efficace dovrebbe stabilire un senso di autoefficacia tra gli studenti infermieri, che è una componente chiave per agire in modo indipendente e competente nella professione infermieristica (23,24,25).

Numerosi programmi di istruzione e formazione clinica vengono sviluppati e aggiornati per promuovere l'autoefficacia di specifiche abilità cliniche degli studenti infermieri.

I risultati ottenuti avvalorano quanto esposto e si contrappongono a quelli dello studio di Pike et al. (26), in cui gli studenti, nonostante siano stati sottoposti a un programma di simulazione clinica per migliorarne l'autoefficacia dell'apprendimento, hanno riportato una bassa autoefficacia nelle capacità di comunicazione. I risultati propositivi, relativi alla *self efficacy*, potrebbero derivare dalla modalità di intervento che si è scelto di attuare. Infatti, un approccio pedagogico misto, come quello proposto e che integra lezioni didattiche, sessioni interattive, migliorano l'autoefficacia comunicativa e l'attitudine all'apprendimento tra gli studenti infermieri (27).

Diviene, quindi, necessario che nei Corsi di Laurea in Infermieristica si

attuino approcci pedagogici misti, al fine di influenzare positivamente sia l'autoefficacia degli studenti che il loro livello di apprendimento in generale, o specifico, come nel caso delle ICA.

Nella formazione infermieristica, le simulazioni cliniche sono ampiamente utilizzate per creare scenari e ambienti di formazione autentici e spesso sono state il metodo più efficace per aumentare l'autoefficacia degli studenti.

In particolare, gli esercizi di simulazione sono stati più efficaci nel migliorare l'autoefficacia e le capacità di pensiero critico degli studenti, se condotti dopo un gioco di ruolo, piuttosto che dopo una lezione (27,28).

LIMITI DELLO STUDIO

Sebbene siano stati evidenziati dei risultati significativi, suggeriamo prudenza nella generalizzazione degli stessi.

In particolare, in questo studio l'intervento è stato svolto in una sola giornata, concentrando l'attività in cinque ore.

Probabilmente, un'attività con un arco temporale più ampio potrebbe avere risvolti interessanti sul miglioramento delle LAP. Un altro limite di questo studio, in merito al suo disegno, è che non è stato possibile indagare le motivazioni che giustificano l'incremento del

grado di *self efficacy* rispetto alla conoscenza delle ICA.

Inoltre, non sono state considerate variabili di confondimento che potrebbe aver influenzato i risultati ottenuti, come, ad esempio, aspetti relativi alle singole università, rispetto all'articolazione del piano di studi e dei contenuti relativi alle ICA affrontati nei corsi integrati.

Future ricerche, su scala nazionale, dovrebbero approfondire questi aspetti delineati ed altri che, ad oggi, sono poco indagati, inerenti la didattica, come l'utilizzo delle nuove tecnologie nell'ambito della formazione degli studenti in Infermieristica.

CONCLUSIONI

Lo studio condotto ha analizzato il livello di conoscenze degli studenti al terzo anno di Infermieristica sulla tematica delle infezioni correlate all'assistenza e la *self efficacy* nell'affrontare tali argomenti.

I risultati ottenuti non hanno registrato un netto miglioramento dei livelli di apprendimento, ma solo della *self efficacy* degli studenti dopo un intervento formativo basato sul potenziamento delle conoscenze sulle ICA.

Il risultato sicuramente più interessante è relativo alla predittività del livello di autoefficacia, rispetto al livello di conoscenze che gli studenti infermieri hanno circa le ICA.

È auspicabile che i risultati ottenuti siano di supporto per i docenti dei CdL in Infermieristica, al fine di utilizzare approcci pedagogici misti, che stimolino la *self efficacy* degli studenti ed ottengano, al contempo, un livello conoscitivo maggiore. Un'ultima riflessione riguarda il potenziare, nelle singole docenze, gli aspetti relativi alla gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, rendendo la tematica delle ICA trasversale ad ogni insegnamento di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche.

Inoltre, sfide sanitarie sempre più impegnative - quali scenari di pandemia e il progressivo aumento di MDRO - prevedono un potenziamento di conoscenze e di risposte operative dei professionisti della salute. Sarebbe, perciò, opportuno valutare la possibilità di inserire negli ordinamenti didattici universitari dei moduli specifici e/o corsi integrati dedicati al rischio infettivo e le ICA.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Lo studio è stato finanziato dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI dell'OPI di Roma.

Bibliografia

1. Ministero della Salute, Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Gennaio 2012. Disponibile on line: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf (ultima consultazione 10/03/2023)
2. WHO Regional Office for Europe/European Centre for Disease Prevention and Control, Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022 – 2020 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. On line, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022-2020-data> (ultima consultazione: 10/03/2023)
3. Suetens C, Latour K, Kärki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro M.L, Jans B, Hopkins S, Hansen S, Lyytikäinen O, Reilly J, Deptula A, Zingg W, Plachouras D, Monnet D.L, Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group, Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill.* 2018 Nov;23(46):1800516. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516. Erratum in: *Euro Surveill.* 2018 Nov;23(47).
4. Forrester J. D, Maggio P. M, Tennakoon L, Cost of Health Care-Associated Infections in the United States. *Journal of Patient Safety.* 2022;18(2):p e477-e479. On line, https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2022/03000/Cost_of_Health_Care_Associated_Infections_in_the.25.asp (ultima consultazione: 10/05/2023)
5. Seligardi M, Bassi M, Mongardi M, Esiti sensibili alle cure infermieristiche e staffing: le infezioni correlate all'assistenza. *Revisione della letteratura. Assistenza infermieristica e ricerca.* 2017;36(4):172-8.
6. Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A et al, The general results of the RN4CAST survey in Italy. *J Adv Nurs.* 2017;73(9):2028-30.
7. Alhumaid S, Al Mutair A, Al Alawi Z, Alsuliman M, Ahmed G.Y, Rabaan A.A et al, Knowledge of infection prevention and control among healthcare workers and factors influencing compliance: a systematic review. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2021 Dec 1;10(1).
8. World Health Organization, Core competencies for infection prevention and control professionals. World Health Organization. 2020 Disponibile on line: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335821> (ultima consultazione 10/05/2023).
9. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. On line, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf (ultima consultazione: 10/05/2023).
10. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025. On line, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3294_allegato.pdf (ultima consultazione: 10/05/2023).
11. Brosio F, Kuhdari P, Stefanati A, Sulcaj N, Lupi S, Guidi E, Bergamini M, Gabutti G, Knowledge and behaviour of nursing students on the prevention of healthcare associated infections. *J Prev Med Hyg.* 2017 Jun;58(2):E99-E104.
12. D'Alessandro D, Agodi A, Auxilia F, Brusaferrero S, Calligaris L, Ferrante M et al, Prevention of healthcare associated infections: Medical and nursing students' knowledge in Italy. *Nurse Educ Today.* 2014 Feb;34(2):191-5.
13. Mohammedi S.B, Landelle C, Review of literature: Knowledge and practice of standard precautions by nursing student and teaching techniques used in training. *Am J Infect Control.* 2022 Sep.
14. Parreira P, Santos-Costa P, Pardo J, Neves T, Bernardes R.A, Serambeque B et al, Nursing Students' Perceptions on Healthcare-Associated Infection Control and Prevention Teaching and Learning Experience in Portugal. *J Pers Med.* 2022 Feb 1;12(2).
15. Yurrebaso Macho A, Ward Mayens A.L, Picado Valverde E.M, Guzmán Ordaz R, Juanes Méndez J.A, Pérez Iglesias J.L et al, Nursing Students' Perceptions on Healthcare-Associated Infection Control and Prevention Teaching and Learning Experience: Development and Validation of a Scale in Four European Countries. *Front Psychol.* 2021 Oct 8;12.
16. World Health Organization, Minimum requirements for infection prevention and control programmes 2019. On line, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>. (ultima consultazione: 10/05/2023)
17. Agodi A, Auxilia F, Brusaferrero S, Chiesa R, D'Alessandro D, D'Errico M.M, Finzi G, Meledandri M, Mongardi M, Montagna M.T, Mura I, Orsi G.B, Pasquarella C, Signorelli C, Zarrilli R; GISIO-SItI, Education and training in patient safety and prevention and control of healthcare associated infections. *Epidemiol Prev.* 2014 Nov-Dec;38(6 Suppl 2):153-7.
18. ANIPIO. Gruppo di lavoro multidisciplinare sulla Formazione Universitaria, Core Curriculum per lo sviluppo di competenze nella sorveglianza, nella prevenzione e nel controllo del rischio infettivo nella formazione infermieristica. Marzo 2023. On line, <http://www.rischioinfettivo.it> (ultima consultazione: 10/05/2023).
19. Bandura A, Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2).
20. Bandura A, Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist.* 1989;44(9).
21. Bassi M, Steca P, Fave A.D, Caprara G.V, Academic Self-Efficacy Beliefs and Quality of Experience in Learning. *J Youth Adolesc.* 2007 Mar 22;36(3).
22. Bandura A, Self-Efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, editor. New York; 1997. 3-604 p.
23. Shorey S, Lopez V, Self-Efficacy in a Nursing Context. In: *Health Promotion in Health Care-Vital Theories and Research.* Springer International Publishing; 2021. p. 145-58.
24. Abdal M, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbaghery M, Clinical Self-Efficacy in Senior Nursing Students: A Mixed- Methods Study. *Nurs Midwifery Stud.* 2015 Sep 23;4(3).
25. Ekstedt M, Lindblad M, Löfmark A, Nursing students' perception of the clinical learning environment and supervision in relation to two different supervision models-a comparative cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2019;18(1):1-12.
26. Pike T, O'Donnell V, The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration nursing education. *Nurse Educ Today.* 2010 Jul;30(5):405-10.

27. Shorey S, Kowitlawakul Y, Devi M.K, Chen H.C, Soong S.K.A, Ang E, Blended learning pedagogy designed for communication module among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2018 Feb 1;61:120-6.
28. Kim E, Effect of simulation-based emergency cardiac arrest education on nursing students' self-efficacy and critical thinking skills: Roleplay versus lecture. *Nurse Educ Today*. 2018 Feb 1;61:258-63.
29. World Health Organization, Global guidelines for the prevention of surgical site infection. II ed. Ginevra 2018. On line: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399> (ultima consultazione: 10/05/2023).
30. World Health Organization, Who Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. World Health Organization & WHO Patient Safety. 15 January 2009. On line, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906> (ultima consultazione 10/05/2023).
31. Gould C.V, Umscheid C.A, Agarwal R.K, Kuntz G, Pegues D.A, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 Apr;31(4):319-26.
32. Gorski L.A, Hadaway L, Hagle M.E, Broadhurst D, Clare S, Kleidon T, Meyer B.M, Nickel B, Rowley S, Sharpe E, Alexander M, Infusion Therapy Standards of Practice. VIII ed. *J Infus Nurs*. 2021 Jan-Feb 01;44(1S Suppl 1):S1-S224.
33. Torres A, Niederman M.S, Chastre J, Ewig S, Fernandez-Vandellos P, Hanberger H, Kollef M et al, International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). *Eur Respir J*. 2017 Sep 10;50(3):1700582.
34. Siegel J.D, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. On line, <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html> (ultima consultazione: 10/05/2023).
35. Schmitz G, Development and Validation of a Student Self-efficacy Scale. *Journal of Nursing & Care*. 2013;02(01). On line, <https://www.hilarispublisher.com/open-access/development-and-validation-of-a-student-self-efficacy-scale-2167-1168.1000126.pdf> (ultima consultazione: 10/05/2023)
36. Martos-Cabrera M.B, Mota-Romero E, Martos-García R, Gómez-Urquiza J.L, Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Cañadas-De la Fuente G.A, Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 22;16(17):3039.

Gli infermieri nelle cure primarie Indagine di *follow-up* sulle modifiche delle abitudini comportamentali nella popolazione di un quartiere di Roma dopo interventi educazionali interdisciplinari per la promozione della salute cardiovascolare

Nurses in primary care: follow-up on changes in behavioral habits in the population of a district of Rome after interdisciplinary educational interventions for the promotion of cardiovascular health

Eduardo Mazza, MSN, RN, Infermiere, A. O. San Camillo Forlanini, Roma

Martina Pizzirusso, MSN, RN, Infermiere di Area Critica, Ares 118, Roma

Michele Mancusi, MSN, RN, Infermiere, IRCCS Policlinico di Sant'Orsola, Bologna

Antonietta Ciuccio, RN, studente MSN, Infermiere, P.O. Agropoli, Salerno

Marianna Miceli, MSN, RN, Infermiere, A.O.R. San Carlo, Potenza

Floriana D'Ambrosio, Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Sezione di Igiene, Dipartimento Universitario di Scienze della vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ORCID: 0000-0002-0347-088X

Stefano Gambioli, Medico Medicina Generale Distretto XIV ASL Roma1, Roma

Andrea Tamburrano, Direzione Sanitaria IRCCS San Raffaele Roma, ORCID: 0000-0001-9903-2624

Gianfranco Damiani, Professore Associato MED/42 Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma. Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ORCID: 0000-0003-3028-6188

Patrizia Laurenti, Professore Associato MED/42 Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma. Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ORCID: 0000-0002-8532-0593

Caterina Galletti, MSN, MEdSc, RN, Coordinatore attività pratiche e di tirocinio CdL magistrale in Scienze Infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ORCID: 0000-0002-9317-0134

Componenti Gruppo di Progetto:

Gabriele Guerriero e Mariarita Pasqualetti, Medici Medicina Generale Distretto XIV ASL Roma1

Chiara de Waure, Dipartimento di Medicina Sperimentale Università degli studi di Perugia

Chiara Gambioli, Psicologa Clinica

Valerio Galasso, Biologo Nutrizionista

Massimo Paolini, Terapista della Riabilitazione e Fisioterapista

Alessandro Mingarelli, Psicologo e Psicoterapeuta

Antonio Bande, Coach Trainer

Parole chiave

Infermiere comunità, Rischio Cardiovascolare, Prevenzione primaria, Team multidisciplinare, Assistenza territoriale

Keywords

Community nurse, Cardiovascular risk, Primary prevention, Multidisciplinary team, Outpatient care

ABSTRACT INTRODUZIONE

In Italia le malattie cardiovascolari (MCV) sono responsabili di circa il 36% dei decessi ogni anno.

Per questo, la prevenzione cardiovascolare ha l'obiettivo di ridurre e controllare i molteplici fattori di rischio ed è dimostrato come interventi educativi di natura multidisciplinare e la collaborazione interprofessionale migliorino gli esiti di salute.

Nell'ambito della prevenzione primaria, il personale infermieristico può rendere più consapevole il cittadino sui rischi derivanti da comportamenti inadeguati o da situazioni particolarmente pericolose per la salute.

Nel presente lavoro è presentato il contributo dell'infermiere nell'ambito della prevenzione cardiovascolare, per responsabilizzare le persone ad assumere stili di vita sani e monitorare i comportamenti di autocura.

MATERIALI E METODI

Studio longitudinale di *follow-up* per monitorare i cambiamenti comportamentali della popolazione non affetta da malattie cardiovascolari, al tempo 0, dopo 6 (t6), 12 (t12) e 18 (t18) mesi.

Setting: quartiere Roma-Torresina. Da settembre 2018 a luglio 2020.

RISULTATI

Sono stati reclutati 62 soggetti

(50% maschi e 50% femmine) di età media (55,6 (+ 8) anni).

Agli incontri educazionali ha partecipato, in media, il 63,2% del campione.

Il peso corporeo migliora di 1,1 kg a t6, mentre, a t12 e a t18, in media, di 0,6 Kg; l'attenzione all'uso del sale aumenta del 3,2% a t18; l'abitudine al fumo diminuisce dell'8,0% a t12, ma aumenta del 3,2% a t18; l'uso di alcolici diminuisce dell'13,3% a t12, ma aumenta del 10,4% a t18. I risultati a t18 sono condizionati dalla pandemia da COVID-19.

CONCLUSIONE

Il progetto è stato un laboratorio per sperimentare un nuovo modello di presa in carico del cittadino per renderlo consapevole dei comportamenti adeguati ad uno stile di vita sano.

La letteratura evidenzia gli effetti benefici del *nurse-led case management*, ma, in Italia, occorre approfondire le esperienze di cura della persona nella comunità e definire gli *outcome* infermieristici.

ABSTRACT BACKGROUND

In Italy, cardiovascular diseases are responsible for about 36% of deaths every year. Cardiovascular prevention aims at reducing and controlling multiple risk factors and it is demonstrated how multi-professional educational interventions

and interprofessional collaboration improve health outcomes.

This work shows the contribution of the nurse on cardiovascular prevention by promoting self-monitoring and/or self-care behaviours and empowering people to adopt healthy lifestyles.

MATERIAL AND METHODS

This study used an 18-month follow-up design to monitor the adherence to behavioural changes in a population not suffering from cardiovascular disease, at time 0, after 6 (t6), 12 (t12) and 18 (t18) months. Setting: Roma-Torresina district. From september 2018 to july 2020.

RESULTS

62 subjects were recruited, 50% male and 50% female, with an average age of 55,6 (+ 8) years. 63.2% of the sample participated in the educational meetings. Bodyweight improves by 1.1 kg at t6 while at t12 and t18 on average by 0.6 kg; attention to the use of salt increases by 3.2% at t18; smoking decreases by 8.0% at t12, but increases by 3.2% at t18; alcohol use decreases 13.3% at t12, but increases 10.4% at t18. The results at t18 are affected by COVID-19 pandemic.

CONCLUSIONS

The study experimented with a new model of taking charge of the citizen to make him aware of the ap-

appropriate behaviours for a healthy lifestyle. The literature highlights the beneficial effects of nurse-led case management; in Italy, it is necessary to deepen the experiences of taking charge of the person in the community and to define nursing outcomes.

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari (MCV) rientrano tra le malattie non trasmissibili (NCD). In Italia, il complesso delle NCD è responsabile del 91% dei decessi, tra cui il 36% riguarda le MCV malattie cardiovascolari e il 27% il cancro (1).

La diffusione di queste patologie, che ha raggiunto proporzioni epidemiche, potrebbe diminuire in maniera significativa, attraverso azioni di promozione e prevenzione sanitaria, la riduzione dei fattori di rischio, la diagnosi precoce e le cure tempestive (1).

La World Health Organization (WHO) ha sviluppato il "Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020", affinché, entro il 2025, si possa ridurre del 25% la mortalità prematura dovuta a malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche (2).

Il Piano si focalizza sui quattro principali fattori di rischio e mira alla riduzione del 10% dell'uso rischioso di alcol, del 10% dell'inattività fisica, del 30% dell'*intake* di sale/sodio, del 30% dell'uso di tabacco (2). Nel nostro Paese, l'importanza del monitoraggio epidemiologico nei confronti delle NCD e dei fattori di rischio per la salute è stata formalizzata con il DPCM del 12 gennaio 2017 (3) sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che ha istituito la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione".

Dal canto suo, il Piano Nazionale

della Prevenzione (PNP) 2020-2025 (4), che ha tra i suoi obiettivi anche la "riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle NCD", punta a **garantire la salute individuale e collettiva attraverso azioni basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità**, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita e nei luoghi in cui vive e lavora. Infatti, agire su un singolo fattore di rischio può essere insufficiente a contrastare l'incidenza delle NCD (5).

Lo sviluppo di strategie di prevenzione moderne ed efficaci nell'individuare con precisione chi e quando svilupperà una MCV contribuisce ad aumentare l'aspettativa di vita e a determinare la stima di quanti siano gli anni di "vita in salute" guadagnabili aderendo ad un determinato intervento di prevenzione (6). L'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCV o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità nel breve-medio termine. Nell'ambito della prevenzione cardiovascolare primaria un importante strumento è la stima del rischio (7) con il calcolo del punteggio individuale di rischio cardiovascolare (IRCV) che, attraverso la conoscenza di otto fattori di rischio (sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale, HDL-colesterolemia e trattamento anti-ipertensivo), consente di stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi (8).

Le strategie di prevenzione delle MCV rivestono un ruolo fondamentale nel limitarne lo sviluppo nella popolazione e l'approccio basato sulla gestione integrata e multidi-

sciplinare del rischio è una sfida che i professionisti sanitari devono cogliere. Si tratta di un nuovo concetto di prevenzione: precoce, personalizzata, precisa e partecipata (9), che deve essere tradotto in specifiche linee di azione per un appropriato controllo, nelle fasi iniziali della transizione salute/malattia, dei fattori di rischio (10).

Inoltre, gli interventi indirizzati a tutta la popolazione possono essere particolarmente efficaci per creare una cultura della salute e la presentazione e discussione, con i soggetti direttamente interessati, dei benefici del modificare gli stili di vita, che ha un impatto rilevante nell'indurre cambiamenti comportamentali, ancor più efficaci poi se sostenuti da politiche sanitarie di comunità (11) ed ecosostenibili. Nell'assistenza primaria (*primary care*) è stato dimostrato come interventi educativi di natura multiprofessionale e collaborazione interprofessionale migliorino gli esiti di salute degli assistiti (12).

Nell'ambito della prevenzione primaria, il personale infermieristico può aiutare il cittadino a conoscere i rischi derivanti da comportamenti inadeguati o da situazioni ed eventi particolarmente pericolosi per la salute, nonché fornire informazioni per promuovere azioni protettive per la propria salute (13).

Nel *caring* infermieristico, infatti, l'accertamento dello stato di salute riguarda la persona nel suo insieme e nel suo contesto di vita e l'infermiere, con il processo di presa in carico, ha l'opportunità di migliorare la consapevolezza circa l'importanza di adottare di stili di vita sani (14). Alcuni studi hanno messo in rilievo come l'aiuto nel prendere decisioni per la propria salute e il *self-management* siano parte integrante di molti modelli per la prevenzione e il miglioramento della qualità di vita (15) (16).

Inoltre, in letteratura sono dimostrati

gli effetti positivi del *nurse-led case management*, modello in cui gli infermieri, afferenti a un team multi-professionale, organizzano programmi di promozione e di prevenzione per migliorare lo stile di vita e favorire il *follow-up* indispensabile per ottenere una buona *compliance* (17).

In Italia, vi sono delle significative esperienze per la presa in carico della persona per la continuità assistenziale (18). Meno studiato, invece, è **l'intervento del professionista infermiere per la promozione e la prevenzione primaria a livello di comunità**. È quest'ultimo, infatti, un ambito innovativo che richiede creatività e impegno da parte dei professionisti, ma anche l'uso di metodi rigorosi e strumenti validati per poter dimostrare i risultati in termini di *outcome* per la persona. Il "Progetto Cuore", per la valutazione dell'efficacia di interventi strutturati per la prevenzione e promozione della salute cardiovascolare nel quartiere di Torresina (Roma) (19) (20), il cui obiettivo primario era di descrivere come tali interventi influiscono sull'IRCV di un campione di popolazione e, secondariamente, di valutare la partecipazione agli interventi e l'aderenza a lungo termine ai cambiamenti comportamentali, ha rappresentato un laboratorio per sperimentare la funzione infermieristica nella conduzione di specifici interventi mirati alla responsabilizzazione ed educazione del cittadino-utente.

Il presente lavoro si colloca all'interno dello studio-pilota sviluppato con il "Progetto Cuore" a Roma, nel quartiere Torresina (19), in cui gli infermieri hanno svolto un importante ruolo per lo sviluppo del programma di promozione e prevenzione delle MCV e migliorare gli stili di vita.

L'obiettivo è stato quello di analizzare il contributo dell'Infermieristica nel promuovere comportamenti di automonitoraggio e/o autocura per

responsabilizzare le persone ad assumere stili di vita sani, osservando e monitorando (in un periodo di 18 mesi) le differenze delle misurazioni biometriche (peso corporeo e pressione arteriosa) e dei dati relativi ad attività fisica, alimentazione, fumo, alcol, sale.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Studio longitudinale di *follow-up* della durata di 18 mesi, da settembre 2018 a luglio 2020.

Per preparare il presente articolo è stata utilizzata la *checklist* The Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement (21).

Il campione

Il campione è stato reclutato dai Medici di Medicina Generale (MMG) del quartiere Torresina tra gli assistiti che accedevano all'ambulatorio. Nello studio sono stati inclusi gli individui sani di sesso maschile e femminile, di età compresa fra i 35 e i 69 anni. Esclusi i soggetti con precedenti eventi cardiovascolari, donne in gravidanza, quanti con patologie per le quali un'alimentazione e una attività fisica *standard* potessero essere sconsigliate o controindicate.

Il *target* della popolazione e i criteri di esclusione sono quelli indicati e utilizzati nel "Progetto Cuore" (20).

Modalità e strumenti di rilevazione dati

Lo studio è stato articolato in tre fasi:

- **Fase 1** (t0), per tutti i soggetti reclutati è stato effettuato il calcolo dell'IRCV, l'intervista strutturata con il Questionario PASSI (20) e consegnato il diario alimentare settimanale. I soggetti sono stati, quindi, invitati a tre incontri educazionali per la salute cardiovascolare organizzati, rispettivamente, da un nutrizionista, da un fisioterapista, da uno psicologo. A distanza di 6 mesi (t6) dagli incontri educazionali, è stata effet-

tuata la prima visita di *follow-up* presso l'ambulatorio del MMG.

- **Fase 2** (t12), a 12 mesi dagli incontri educazionali, i soggetti sono stati invitati a partecipare ad altri tre incontri educazionali organizzati come nella Fase 1. Ha fatto seguito la seconda visita di *follow-up* e il calcolo dell'IRCV.

- **Fase 3** (t18), a 18 mesi dai primi incontri educazionali, per valutare la capacità di ogni soggetto di continuare in autonomia a mantenere un corretto stile di vita, è stata effettuata una terza e ultima visita di *follow-up* e calcolato l'IRCV.

La metodologia per il calcolo del punteggio individuale di rischio cardiovascolare e il Questionario standardizzato PASSI sono quelli indicati e utilizzati nel "Progetto Cuore" (20).

Planificazione degli interventi infermieristici

La funzione infermieristica ha svolto un ruolo di coordinamento tra il gruppo di ricercatori, i MMG e i professionisti coinvolti per gli interventi educazionali. L'infermiere ha partecipato attivamente al reclutamento del campione (t0) e ha collaborato per facilitare il trasferimento ai soggetti arruolati di tutte le informazioni necessarie a garantire la corretta partecipazione a tutte le fasi dello studio; ha rilevato la partecipazione dei soggetti coinvolti nello studio, con i registri delle presenze compilati in occasione di tutti gli interventi educazionali di prevenzione e promozione della salute.

Gli interventi infermieristici sono stati realizzati presso l'ambulatorio del MMG, utilizzando per le visite di *follow up* (a t6, t12 e t18) la dotazione strumentale presente per la rilevazione dei parametri biometrici (peso corporeo, pressione arteriosa).

L'intervista è stata effettuata con il Questionario PASSI (17) per raccogliere informazioni anagrafiche (età, genere, livello di istruzione, reddito, professione, stato civile, nucleo fa-

miliare) e informazioni sulla qualità della vita percepita, l'abitudine al fumo e l'assunzione di alcol, le abitudini alimentari (dieta e uso del sale) e l'attività fisica. Durante le visite di *follow up* (organizzate individualmente con ciascun partecipante), l'infermiere ha anche effettuato colloqui di orientamento e sostegno per verificare i comportamenti di automonitoraggio (auto-misurazione della pressione arteriosa, del peso corporeo, etc.), valutare i comportamenti di autocura (attività fisica, dieta, fumo, etc.) e, in base ai bisogni espressi, dare un rinforzo personalizzato ai soggetti coinvolti nello studio per proseguire nel migliorare il proprio stile di vita o, in caso di difficoltà, per aiutarli a utilizzare gli strumenti proposti dagli interventi educativi. Al termine di ciascuna fase dello studio, i dati sono stati tabulati in un database. Tutti i dati raccolti sono stati trascritti su una modulistica appositamente strutturata, su cui l'infermiere ha indicato, per ogni intervento, data e orario di svolgimento. Per il monitoraggio e la valutazione degli interventi infermieristici, sono stati individuati alcuni indicatori schematizzati nella **tabella 1**.

Aspetti etici e trattamento dati

Il progetto è stato approvato il 26 settembre 2018 dal Comitato Etico

della ASL RM1 (Prot. 1817/CALazio1) a cui afferiscono i MMG.

Lo studio è stato condotto in accordo alle Good Clinical Practice (GCP) (DM 15 luglio 1997) (22), in coerenza con quanto disposto dal Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Ciascun soggetto del campione, che ha aderito volontariamente all'iniziativa, ha firmato il relativo consenso informato.

I dati relativi alle persone arruolate nello studio e alle indagini effettuate sono stati anonimizzati attraverso l'assegnazione di un codice univoco per consentirne l'aggregazione e l'analisi, secondo criteri di tutela della *privacy*.

Analisi dei dati

Le informazioni raccolte attraverso la rilevazione dei parametri biometrici, le interviste strutturate con i Questionari PASSI, i registri di presenza agli interventi educazionali, i diari alimentari e la modulistica infermieristica, sono state sottoposte ad un'analisi statistica descrittiva.

La differenza dei parametri rilevati a t0, t6, t12 e t18 è stata valutata con il test t di Student per dati appaiati (paired t-test), per le variabili quantitative, e con il test del chi quadrato di Yates, per le variabili qualitative.

L'analisi statistica descrittiva ed

inferenziale è stata condotta adottando il software STATA ver.13.1 (Statacorp, College Station, TX, USA).

RISULTATI

Le caratteristiche del campione

Nello studio, sono stati reclutati 83 soggetti rispondenti ai criteri di inclusione precedentemente descritti, di questi, 62 (75%) hanno completato tutte le fasi del progetto (da t0 a t18). Il campione è equamente distribuito al 50% tra maschi e femmine; l'età media è di 55,6 (+/-8); l'80,6% è coniugato.

Il livello di istruzione dichiarato è, per il 46,8%, il diploma di scuola media superiore e, per quanto riguarda la situazione lavorativa, l'82,3% dichiara di lavorare regolarmente, mentre, il 14,6% di non lavorare (pensionati, casalinghe).

Circa il livello di stabilità economica, il 66,1% dei soggetti dichiara di arrivare alla fine del mese "molto facilmente" o "abbastanza facilmente" con le risorse economiche di cui dispone; il 69,3% indica "per niente" o "poco" probabile che si verifichi la possibilità di perdere il lavoro. Infine, alla domanda su: "Come percepisce il proprio stato di salute", il campione dichiara, complessivamente, di sentirsi "molto bene" o "discretamente".

Rispetto ai fattori biometrici, il peso corporeo è, in media, di 76,4 Kg

principali attività/fasi del progetto	periodo	interventi infermieristici	fattori di rischio	indicatori di monitoraggio
reclutamento soggetti (fase 1 – t0)	ottobre 2018	rilevazione del peso corporeo	sovrappeso	≤ peso corporeo
		rilevazione della pressione arteriosa	ipertensione	sistolica <140 mmHg e diastolica <90 mmHg
visita di <i>follow up</i> (fase 1 – t6, fase 2 – t12 e fase 3 – t18)	maggio 2019 novembre 2019 giugno 2020	intervista strutturata Questionario PASSI	fumo	< fumo
			alcol	< alcol
			uso sale	< sale
			attività fisica	≥ attività fisica
		colloqui di orientamento e sostegno	perseverare nel cambiamento	n. soggetti t12 su n. soggetti t0 (≥ 55%)
incontri educazionali (fase 1 – t0 e fase 2 – t12)	novembre 2018 novembre 2019	accoglienza e orientamento partecipanti, rilevazione presenze	stili di vita non salutari	n. presenti ≥ 55% del campione

Tabella 1 – Sintesi principali interventi infermieristici e relativi indicatori

($\pm 14,3$), mentre la pressione sistolica è, in media, di 134,9 mmHg ($\pm 15,8$) e la diastolica di 79,4 ($\pm 16,2$). Sulla percezione del proprio peso corporeo, il 58,1% del campione pensa che sia "troppo alto" e il 51,6% indica come "scarsa" l'attività fisica che svolge quotidianamente. Il 78,6% non segue una dieta e il 50% non fa attenzione all'uso del sale con i cibi. Per quanto riguarda

il fumo, il 29% si dichiara fumatore; di questi, il 22,2%, nell'ultimo anno, ha cercato di smettere di fumare. Le sigarette fumate sono, in media, 12,2 ($\pm 6,6$) al giorno. Mentre, sul consumo di alcol, il 19% del campione dichiara di non bere, il 79% beve 'almeno un'unità alcolica' (UA) (cioè, o un bicchiere di vino o una lattina di birra o un bicchierino di liquore) al giorno. È stato effettua-

to il calcolo del punteggio di rischio cardio vascolare, l'IRCV a t0 è del 4,9% ($\pm 6,3$), mentre la proiezione a dieci anni è di 8,7 ($\pm 8,6$).

Incontri educazionali e follow up

Ai tre incontri educazionali pianificati a t0 la partecipazione è stata, in media, del 70,9%, mentre a t12 è stata del 55,4%.

Gli incontri che hanno avuto la più ampia partecipazione sono stati quelli del nutrizionista con una media di presenze del 74,2% e dello psicologo con il 62,9%.

Per quanto riguarda il contributo infermieristico durante i *follow up*, il tempo medio impiegato per la visita con ciascun partecipante è stato di circa 45 minuti.

Cambiamenti rilevati nel campione

L'aderenza dei soggetti ai cambiamenti comportamentali promossi con gli interventi educazionali è stata valutata attraverso la differenza dei parametri biometrici, dell'IRCV e delle risposte al Questionario PASSI considerati a t0 e quelli rilevati, rispettivamente: a t6, a t12 a t18. Per il peso corporeo si osserva una riduzione di 1,1 Kg tra t0 e t6 e 0,6 Kg tra t0 e t18 e si evidenzia un aumento dei soggetti che seguivano una dieta tra t0 e t6 del 22,5% e tra t0 e t12 del 14,5% (**grafico 1a**). Quest'ultima differenza ha un valore p di significatività pari a $p=0.05$ (chi quadrato di Yates). Vi è stato anche un aumento dei soggetti che reputano "sufficiente" la loro attività fisica tra t0 e t12 del 16,1% e tra t0 e t18 del 19,3% (**grafico 1b**).

Per la pressione arteriosa vi è stata una riduzione globale della stessa, mediamente, tra t0 e t12 pari a 11 mmHg (**grafico 2a**): tale differenza ha un valore p di significatività pari a $p<0.001$ (t-test per dati appaiati) e una diminuzione tra t0 e t18 pari a 14,5 mmHg; tale differenza ha un valore p di significatività pari a

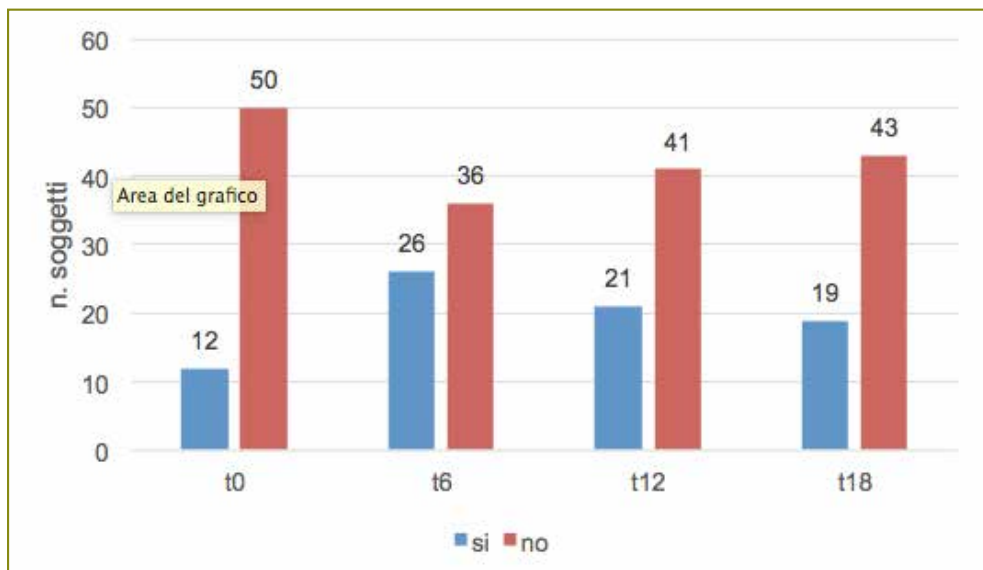


Grafico 1a - Attenzione alla dieta

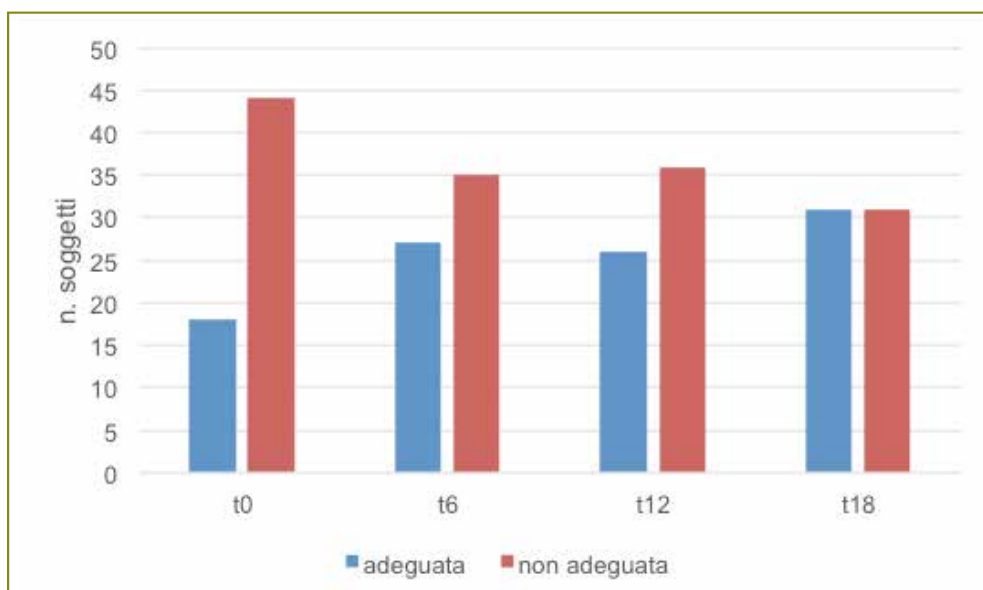


Grafico 1b - Attività fisica

$p < 0.001$ (t-test per dati appaiati). Si rileva un aumento dei soggetti che fanno attenzione all'uso del sale, nell'ultimo anno, tra t0 e t12 del 48,3% (**grafico 2b**); tale differenza ha un valore p di significatività pari a $p < 0.001$ (chi quadrato di Yates) e tra t0 e t18 del 3,2%, tale

differenza ha un valore p di significatività pari a $p = 0.001$ (chi quadrato di Yates).

È stata osservata una riduzione del numero dei fumatori dell'8% tra t0 e t12 e del 3,2% tra t0 e t18, anche se vi è stato un aumento medio del numero di sigarette fumate da cia-

scun fumatore a t12 e t18 di circa 1,5 sigarette/die (**grafico 3a**). Riguardo l'uso dell'alcol si è osservata una riduzione delle giornate in cui i soggetti hanno consumato almeno una UA tra t0 e t12 pari al 13,3%, ma, tra t0 e t18, si è verificato un aumento del 10,4% (i bevitori sono circa l'80,6% del campione) (**grafico 3b**).

Infine, l'IRCV è significativamente sceso dal 4,9% a t0 al 3,8% a t12: tale differenza ha un valore p di significatività pari a $p < 0.01$ (t-test per dati appaiati) e le proiezioni a 10 anni indicano un miglioramento costante nel tempo, con un guadagno medio di 5,3 anni di vita (**grafico 4**).

DISCUSSIONE

In questo studio, la presa in carico del cittadino, nella comunità, da parte dell'infermiere si è manifestata concretamente nella fase di reclutamento del campione, durante la somministrazione del Questionario PASSI, gli incontri educazionali e di *follow-up* per la valutazione dell'aderenza a lungo termine dei soggetti ai cambiamenti comportamentali.

In generale, il campione ha una buona percezione del proprio stato di salute e i dati socio-anagrafici fotografano una popolazione con una scolarità complessivamente medio-alta, con un'occupazione continuativa e circa il 95% vive in casa con un familiare o un parente. Questi fattori sono tutti considerati determinanti e facilitanti nel migliorare il benessere, lo stato di salute (23) e lo stile di vita (24).

I valori registrati circa i comportamenti di autocura dimostrano come i soggetti, inizialmente (t6), siano stati stimolati a modificare alcune abitudini di vita (dieta, uso sale, attività fisica). Certo, a distanza di tempo (t12 e t18) non tutti riescono a mantenere le nuove abitudini e tendono a tornare alla situazione di

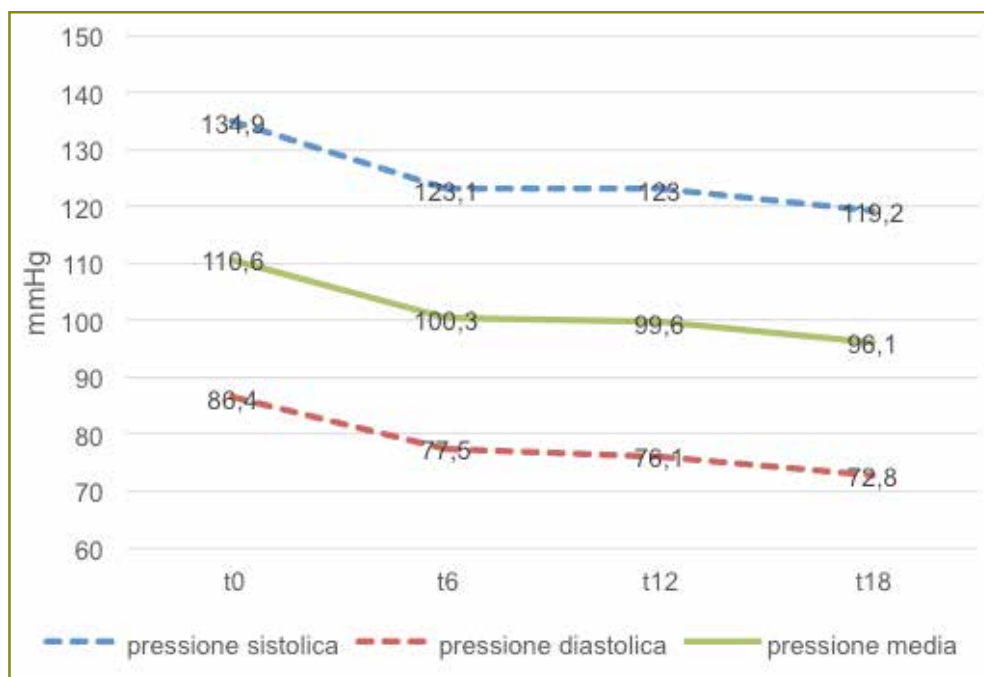


Grafico 2a - Andamento pressione sistolica, pressione diastolica e pressione media

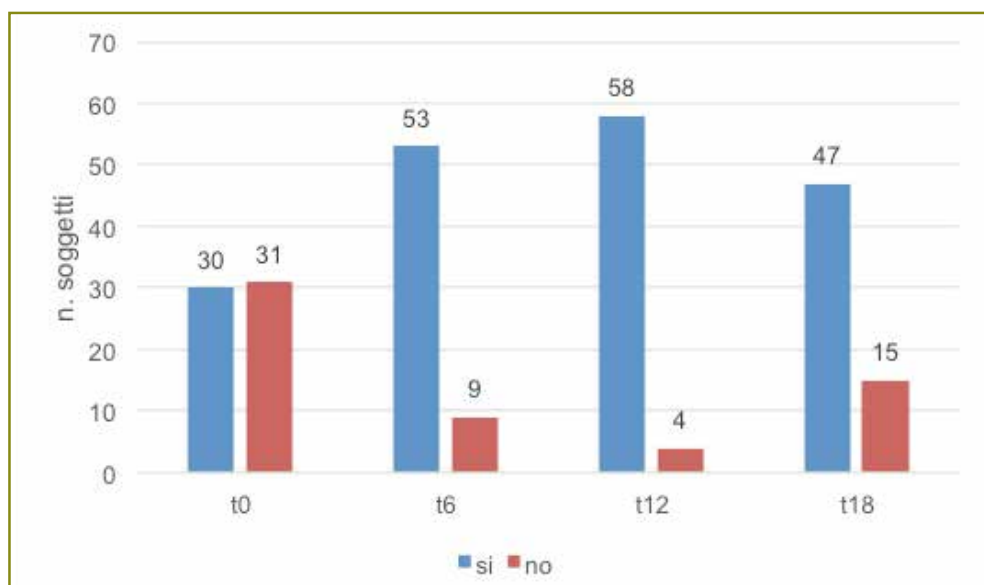


Grafico 2b - Attenzione all'uso del sale

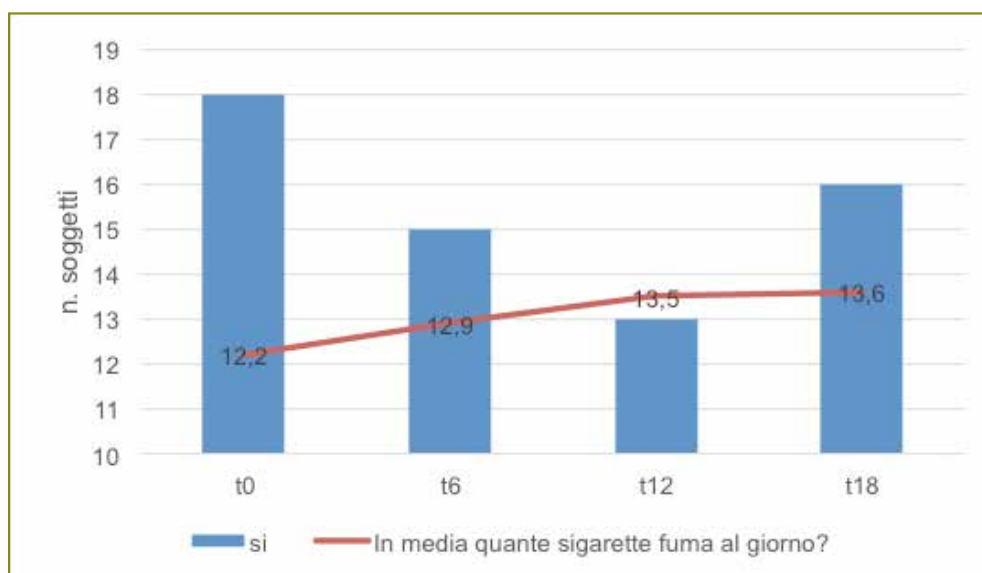


Grafico 3a - Abitudine al fumo

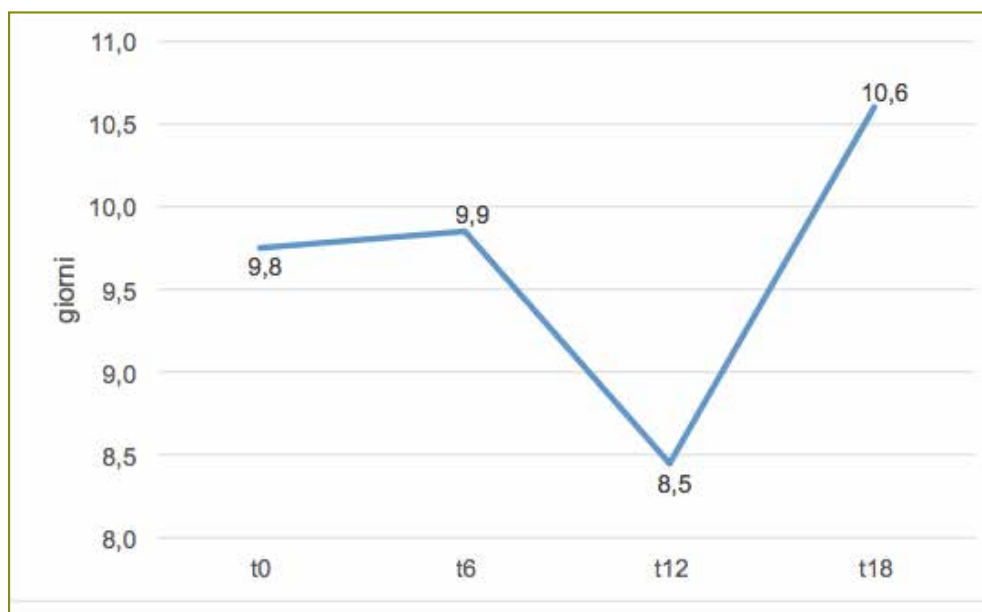


Grafico 3b - Giornate mensili di consumo alcol

partenza: è difficile, infatti, per soggetti asintomatici, perseverare nelle nuove - e sane - pratiche.

Per questo, per aiutare a mantenere nel tempo i cambiamenti dello stile di vita (25), diventa fondamentale individuare strategie di comunicazione e coinvolgimento.

La "Carta del rischio cardiovascolare" stima che, se il presente

campione riuscisse a consolidare il miglioramento del proprio stile di vita, vi sarebbe una riduzione del rischio cardiovascolare pari al 41,6% ($p < 0,001$), con un guadagno di oltre cinque anni di vita in salute. Per quanto riguarda i fattori di rischio delle MCV, l'ipertensione predispone i soggetti che ne sono affetti a un rischio quasi tre volte superiore

di eventi cardiovascolari (26).

È una condizione abbastanza comune e la sua prevalenza aumenta con l'età. Pertanto, le persone devono poter controllare periodicamente e con accuratezza la pressione arteriosa (BP). Nelle cure primarie, questa tipologia di intervento è particolarmente efficace per migliorare il *self-management* dei pazienti (27).

Nel presente studio, **l'infermiere è stato un punto di riferimento**, stimolando i soggetti all'auto-misurazione, insegnando loro a rilevare correttamente e monitorare la BP. I risultati, in termini di valori sistolici rilevati, sono molto incoraggianti e la riduzione media a t12 della pressione sistolica di ben 8.9 mmHg, un valore più alto di quello riportato nello studio di Lonnberg et al. (28) che era di 4.9 mmHg.

L'abitudine al fumo di sigaretta è un fattore importante nella determinazione del rischio cardiovascolare (29). Modificare tale abitudine è uno degli elementi primari da effettuare in tema di prevenzione: anche fumare una sola sigaretta al giorno si associa ad un aumento del 48% del rischio di malattia coronarica negli uomini e del 57% nelle donne (30). Smettere di fumare è, quindi, l'unico comportamento protettivo da incentivare, e, dal momento che non sempre le persone sono consapevoli di quali siano i fattori di rischio cardiovascolare e quali i comportamenti preventivi da mettere in atto, è importante che l'infermiere le sostenga con interventi di orientamento (25). L'uso abituale di alcol, con livelli superiori a due UA in media al giorno per gli uomini e una UA in media al giorno per le donne (classificato dal CDC- *Centers for Disease Control and Prevention* - come elevato), si associa ad un aumento di eventi cardiovascolari (5) (Rapporto Osservasalute 2020). I risultati del presente studio hanno

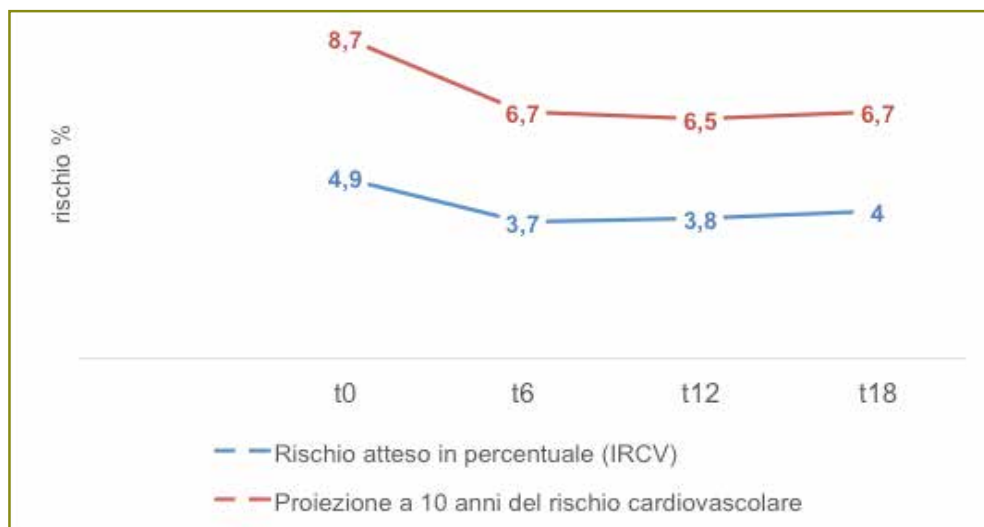


Grafico 4 - Punteggio di rischio cardiovascolare

evidenziato che, a t18, il 24,2% dei soggetti dichiara di bere da due a più UA al giorno. Probabilmente, la dichiarazione dello stato pandemico da virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), nel marzo del 2020, e le misure restrittive di sanità pubblica basate sul distanziamento sociale, il clima di incertezza e le conseguenze economiche hanno causato un disagio psico-sociale che si è manifestato con un aumento dell'uso di alcol, dell'abitudine all'uso del tabacco, dei disturbi alimentari.

La letteratura stima che, in Italia, la percentuale di alcol consumato nel 2020 è salita al +446, con un incremento del 66% dei consumatori a rischio (31); la percentuale dei fumatori si è mantenuta stabile, ma c'è stato un aumento del numero di sigarette consumate al giorno, passando da circa 10,9 a 12,7 sigarette al giorno, con un aumento complessivo dei consumi del 9,1% (32); per coloro che soffrono di disturbi alimentari si sono verificate esacerbazioni dei comportamenti disfunzionali (anoressia e bulimia nervosa, *binge eating*) (31), ma il periodo di stress e di isolamento sociale può aver contribuito all'insorgenza di

disturbi legati all'assunzione di cibo anche in soggetti in salute (33).

Il presente studio sembra confermare tali tendenze nazionali. A t18 i dati a disposizione suggeriscono una battuta d'arresto rispetto al miglioramento registrato a t6 e t12 su molti dei fattori di rischio per la salute, sebbene i dati a t18 non siano sovrapponibili a quelli di t0, infatti si nota in generale un miglioramento rispetto a t0.

Utile sarebbe condurre ulteriori studi per stimare se il peggioramento sia dovuto al diffondersi della pandemia e/o alla difficoltà dei soggetti nel mantenere nuove abitudini comportamentali motivo per cui emerge la necessità di prevedere nuovi interventi di *follow up*.

Nelle cure primarie, l'intervento dell'infermiere con competenze avanzate (*Advanced Nurse Practitioner-ANP*) è efficace per migliorare differenti *outcome* di salute ed è associato a elevati livelli di soddisfazione degli assistiti (34).

Inoltre, la collaborazione tra ANP e medico ha effetti positivi nel ridurre nella popolazione asintomatica la mortalità data dalle MCV (35) (36). Nel presente studio vi sono segnali

significativi di come la promozione di interventi di prevenzione primaria della salute cardiovascolare possa migliorare l'aspettativa di vita in salute e, in particolare, come l'intervento infermieristico sia necessario per tradurre concretamente gli interventi educazionali in azioni di miglioramento individuale. Infatti, l'infermiere durante i *follow up* ha dedicato tempo per personalizzare, con suggerimenti pratici e calati nel contesto di vita reale dei soggetti reclutati, le informazioni ricevute durante gli incontri educazionali di gruppo e facilitare il cambiamento comportamentale (10). Cardine dell'intervento preventivo è il sostegno che i professionisti offrono all'utente perché comprenda come modificare il proprio stile di vita e accetti di effettuare il cambiamento. Le visite di *follow up* condotte dall'infermiere presso l'ambulatorio del MMG sono state un'importante risorsa per rafforzare gli interventi educazionali e integrare i modelli di cura fondati sulle sole cure mediche.

I risultati del presente studio rafforzano la necessità di assicurare, in modo continuativo e stabile, l'esercizio della funzione infermieristica nell'ambito delle cure primarie, al fine di prendersi cura dei soggetti in modo proattivo intercettando situazioni potenzialmente problematiche e riducendo i fattori di rischio delle MCV con programmi di prevenzione (35) (36).

Un punto chiave per il riconoscimento del ruolo infermieristico è l'avanzamento delle competenze, con curricula formativi dedicati all'assistenza primaria e, nello specifico, all'ambito cardiovascolare (37), e la sperimentazione di nuovi modelli, con l'implementazione della sistematica misura degli indicatori di performance e di formali momenti di *audit* per valutare la

qualità degli interventi di prevenzione e promozione della salute (18).

CONCLUSIONI

L'approccio utilizzato in questo progetto, ovvero quello di intervenire presso l'ambulatorio dei MMG (e quindi sul territorio), è innovativo, perché consente alla popolazione "sana" di partecipare al programma di prevenzione e promozione nel quartiere in cui vive.

I professionisti sanitari coinvolti hanno svolto un importante lavoro di squadra, le funzioni di ciascuno sono state sinergiche e tutte fondamentali per sensibilizzare la popolazione del quartiere, per aiutarla a costruire un insieme di conoscenze e azioni di autocura (*self-management*), per mettere ciascun partecipante nelle condizioni di riorganizzare il proprio stile di vita per prevenire le MCV.

Lo studio dimostra che l'informazione/formazione sui fattori di rischio e la misurazione dei parametri

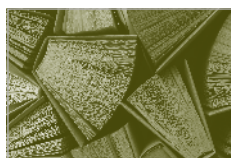
biometrici, così come descritta nel progetto, se protratta nel tempo e assicurata da personale infermieristico dedicato, può migliorare gli *outcomes* di salute cardiovascolare. Gli interventi educazionali, infatti, hanno inciso sulla riduzione dell'IRCV durante il primo periodo di studio (da t0 a t12), ma si rendono necessari studi futuri, visto che la pandemia da SARS-CoV 2 è stato un fattore imprevisto che non consente una lettura univoca dei dati a t18.

LIMITI DELLO STUDIO

L'indagine ha restituito dei risultati interessanti, ma la numerosità del campione non consente generalizzazioni. Inoltre, alcuni dati sono stati raccolti attraverso le interviste condotte dall'infermiere, pertanto, potrebbero essere influenzati dal fenomeno della desiderabilità sociale e dal fattore di acquiescenza (38). La pandemia e il *lockdown* (da marzo a maggio 2020) hanno condizionato i risultati a t18, anche se non

è possibile fare una stima di come e quanto abbiano inciso sulle abitudini e sugli stili di vita del campione. Il disegno dello studio, senza un gruppo di controllo, porta a risultati non controllati in merito all'intervento di altre variabili di contesto. Nonostante ciò, evidenzia alcuni spunti di approfondimento per future ricerche sull'impatto della professione infermieristica nell'educazione terapeutica, nelle MCV rivolta ad individui "sani" ma in una prospettiva di sanità pubblica.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi e desiderano ringraziare il Comitato del Quartiere Torresina e l'Associazione DiagnostiCare ONLUS per il supporto nel contattare la popolazione e per la disponibilità a fornire spazi e risorse utili a condurre lo studio-pilota: senza la loro collaborazione non sarebbe stato possibile realizzarlo.



Bibliografia

1. World Health Organization, Noncommunicable diseases country profiles 2018. (2018) Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. World Health Organization, Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease 2013-2020. (2013) Geneva: WHO Document Production Services. ISBN 978 92 4 150623 6.
3. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)
4. Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025. Data di accesso il 21 ottobre 2021, da: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=5029
5. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2020. Data di accesso il 21 ottobre 2021, da <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>
6. Volpe M, Tocci G, Battistoni A, Strategie di prevenzione primaria a livello di popolazione e individuale e valutazione di costo-efficacia. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2018, 19 (1): 8S-11S.
7. Pirro M, Bertolotti M, Valutazione integrata del rischio cardiovascolare globale, carte del rischio e loro impiego nella pratica clinica. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2018, 19(2):19S-20S.
8. Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D, Ferrario M, Pilotto L, Segà R, Cesana G, Giampaoli S, La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del Progetto CUORE. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 2004, 40, 4, 393-399.
9. Volpe M, Introduzione. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2018, 19(1), 3S-4S.

10. Piepoli M.F, Hoes A.W, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano A.L, Cooney M.T, Corrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall M.S, Hobbs F.D.R, Løchen M.L, Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp H.B, van Dis I, Verschuren W.M.M, Binno S; ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart Journal* 2016, 1, 37(29), 2315-2381. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106.
11. Visseren F.L.J, Mach F, Smulders Y.M, Carballo D, Koskinas K.C, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida J.M, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco O.H, Halvorsen S, Hobbs F.D.R, Hollander M, Jankowska E.A, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglu L, Tonstad S, Tsioufis K.P, van Dis I, van Gelder I.C, Wanner C, Williams B; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021, ESC-Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart Journal* 2021, 7, 42(34), 3227-3337. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.
- 12 Carron T, Rawlinson C, Arditi C, Cohidon C, Hong QN, Pluye P, Gilles I, Peytremann-Bridevaux I, An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *International Journal of Integrated Care* 2021, 21(2), 31. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5588>.
13. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne A.J, The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: A scoping review. *Nursing Open* 2020, 14, 7(4), 1197-1207. doi: 10.1002/nop2.496.
14. Pérez Rivas F.J, Martín-Iglesias S, Pacheco del Cerro J.L, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M, Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *International Journal of Nursing Knowledge* 2016, 27(1), 43-8. doi: 10.1111/2047-3095.12073.
15. La Sala R, Dicembrino R.B, Dall'Argine S, Baiguera M, Gazzotti L, Gubin E, Rondini A, Mamei I, Nurse training in self-management of patients with cardiovascular disease: a multicentre observational study. *Acta Biomedica* 2017, 88 (5), 22-30. DOI: 10.23750/abm.v88i5-S.6882.
16. Hayman L.L, Berra K, Fletcher B, Miller N.H, The Role of Nurses in Promoting Cardiovascular Health Worldwide. The global cardiovascular nursing leadership forum. *Journals of the American College of Cardiology* 2015, 66(7), 864-866. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.06.1319.
17. Berra K, Miller H.N, Jennings C, Nurse based models for cardiovascular disease prevention. From research to clinical practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2011, 10(2), S42-S50. DOI: 10.1016/S1474-5151(11)00115-0.
18. Radini D, Sola G, Zeriali N, Grande E, Humar F, Tarantini L, Pulignano G, Stellato K, Barbati G, Di Lenarda A, Obiettivi, organizzazione e attività di un Ambulatorio Infermieristico Cardiologico di Continuità Assistenziale. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2016, 17(5), 377-387. DOI:10.1714/2252.24268
19. Lontano A, Marziali E, Galletti C, Mazza E, Gambioli S, Galasso V, Mingarelli A, D'Ambrosio F, Tamburrano A, Paolini M, Bande A, Damiani G, de Waure C, Laurenti P, A real opportunity to modify cardiovascular risk through primary care prevention: a pilot study. *Frontiers in Public Health* 2023, 10, 10:1009246. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1009246
20. Istituto Superiore di Sanità, Il Progetto Cuore. Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. Carta del rischio cardiovascolare. Data di accesso 05 agosto 2021, da: <http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte-pdf.pdf>
21. von Elm E, Altman D.G, Egger M, Pocock S.J, Gøtzsche P.C, Vandenbroucke J.P, STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *British Medical Journal* 2007, 20, 335(7624), 806-8. DOI: 10.1136/bmj.39335.541782.
22. Decreto Ministeriale 15 luglio 1997, Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali. (GU Serie Generale n.191 del 18-08-1997-Suppl. Ordinario n. 162)
23. Domenighetti G, Impatto sulla salute dell'insicurezza quanto al mantenimento del posto di lavoro. *Ricerca & Pratica* 2014, 30(6), 252-260. DOI: 10.1707/1714.18704
24. Scardi S, Gori P, Umari P, Il coinvolgimento degli infermieri nelle cure primarie: un elemento chiave per la profilassi primaria e secondaria della cardiopatia ischemica? Un'ipotesi aperta alla discussione. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2010, 74, 82-85.
25. Angelino E, Ambrosetti M, Fattiroli F, La comunicazione del rischio nella pandemia COVID-19: riflessioni sulla modifica delle abitudini comportamentali in prevenzione cardiovascolare. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2020; 21(6), 401-407. DOI: 10.1714/3359.33321
26. Fuchs F.D, Whelton P.K, High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension* 2020, 75(2), 285-292.
27. Simonetti V, Comparcini D, Tomietto M, Pavone D, Flacco ME, Cicolini G, Effectiveness of a family nurse-led programme on accuracy of blood pressure self-measurement: a randomised controlled trial. *Journal of Clinic Nursing* 2021, 30, 2409-2419. DOI: 10.1111/jocn.15784
28. Lonnberg L, Ekblom E.E, Damberg M, Reduced 10-year risk of developing cardiovascular disease after participating in a lifestyle programme in primary care. *Uppsala Journal of Medical Sciences* 2020, 125 (3), 250-256. DOI: 10.1080/03009734.2020.1726533
29. Kaplan A, Abidi E, Ghali R, Booz G.W, Kobeissy F, Zouein F.A, Functional, cellular, and molecular remodeling of the heart under influence of oxidative cigarette tobacco smoke. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* 2017, 3759186. DOI: 10.1155/2017/3759186
30. Johnson K.C, Just one cigarette a day seriously elevates cardiovascular risk. *British Medical Journal* 2018, 360, k167. DOI: 10.1136/bmj.k167

31. Ferrari G, Martori G, Disagio psichico, dipendenze e suicidio nella popolazione durante la pandemia da COVID-19: una revisione narrativa della letteratura. *The Italian Journal of Psychology and Occupational Health* 2021, 1(1), 11-21.
32. Odone A, Lugo A, Amerio A, Borroni E, Bosetti C, Carreras G, Cavalieri d'Oro L, Colombo P, Fanucchi T, Ghislandi S, Gorini G, Iacoviello L, Pacifici R, Santucci C, Serafini G, Signorelli C, Stival C, Stuckler D, Tersalvi C.A, Gallus S, COVID-19 lockdown impact on lifestyle habits of Italian adults. *Acta Biomedica* 2020, 91(9-S), 87-9. DOI <https://doi.org/10.23750/abm.v91i9-S.10122>
33. Shah M, Sachdevaa M, Johnstonb H, Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Research* 2020, 29, 113122. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113122
34. Htay M, Whitehead D, The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances* 2021, 3, 100034 <https://doi.org/10.1016/j.ijn-sa.2021.100034>
35. Kuneinen S.M, Eriksson J.G, Kautiainen H, Ekblad M.O, Korhonen P.E, The feasibility and outcome of a community-based primary prevention program for cardiovascular disease in the 21st century. *Scandinavian Journal Primary Health Care* 2021, 39(2), 157-165. DOI: 10.1080/02813432.2021.1913893
36. Connolly S.B, Kotseva K, Jennings C, Atrey A, Jones J, Brown A, Bassett P, Wood D.A, Outcomes of an integrated community-based nurse-led cardiovascular disease prevention programme. *Heart* 2017, 103, 840-847. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-310477
37. Barisone M, Radini D, La formazione e le competenze dell'infermiere di cardiologia in una visione europea. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2022; 23(7), 565-569
38. Corbetta P, La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Bologna: Il Mulino; 2003.



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 I)

(Roma, 23 novembre 2023)

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, la transizione demografica, con il significativo incremento della popolazione anziana, ha posto in evidenza una serie di criticità di tipo organizzativo e gestionale in ambito sociale e sanitario.

Secondo i dati 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 un quarto) della popolazione totale, mentre gli ultraottantenni 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 con una grande diversità nei singoli individui ed è legata ad un ampio spettro di capacità e funzioni, legate 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 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 e l'ambiente di vita, migliorare gli esiti di salute (inclusi lo

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

Le dimensioni che la VMD intende misurare sono usualmente raggruppate in quattro domini: salute fisica (ovvero: anamnesi, esame fisico, dati di laboratorio e lista dei problemi, indicatori specifici di malattia e pratiche di prevenzione); stato funzionale (ovvero: le attività quotidiane e quelle strumentali di vita quotidiana-ADL, IADL, ed altri parametri come la mobilità e la qualità di vita); salute psicologica (ovvero: lo stato cognitivo e affettivo) e parametri socio-ambientali (ovvero: 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 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;
- 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 multimorbidità 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, in 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 LG 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, rispetto 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.

OBIETTIVO DELLA LG

L'obiettivo della presente LG sulla VMD della Persona Anziana è quella di produrre, in base all'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 da usare per predire 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 Geriatria Ospedale e Territorio, **SIGOT**, e la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, **SIMG**, assieme all'**Istituto Superiore di Sanità**, ISS, hanno deciso di coinvolgere 25 Società Scientifiche, Istituzioni ed Enti, in rappresentanza di organi professionali e della società, che hanno nominato ed indicato i loro rappresentanti quali membri del Team Multidisciplinare di Esperti.

METODOLOGIA

La presente LG è stata sviluppata sulla base della metodologia definita nel Manuale metodologico per la produzione di Linee Guida di pratica clinica (**CNEC 2019**).

I suoi contenuti 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 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.



RISULTATI

1° Quesito 1A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei soggetti anziani che afferiscono ad ambulatori di medicina generale e cure primarie?

Gli studi di intervento effettuati con pazienti afferenti alle Cure Primarie hanno dimostrato che la VMD ha dei benefici in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione del 17 %.

Tale risultato è di notevole importanza alla luce della progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri e quindi la necessità di mantenere i pazienti, laddove la loro gestione rimanga ottimale, in carico alla medicina territoriale. L'analisi dei dati dimostra che la VMD dovrebbe essere usata nei contesti delle Cure Primarie (ambulatoriali e domiciliari) per migliorare la gestione del paziente anziano ed impedire ricoveri potenzialmente impropri. Al contempo, non ci sono significative differenze sulla mortalità e sul tasso di accesso presso le strutture residenziali tra pazienti sottoposti a VMD e standard care suggerendo che ulteriori studi sono necessari per questi esiti.



QUESITO 1A: Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei soggetti anziani che afferiscono ad ambulatori di medicina generale e cure primarie?

RACCOMANDAZIONE 1A

Si suggerisce di usare la VMD al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione in persone anziane afferenti ad ambulatori di medicina generale e cure primarie.

Forza della raccomandazione:
positiva debole

Si suggerisce di non usare la VMD al solo scopo di ridurre il tasso di mortalità o di ricovero in strutture residenziali in persone anziane afferenti ad ambulatori di medicina generale e cure primarie.

Forza della raccomandazione:
negativa debole

Quesito 1B: studi di prognosi

Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani in comunità e negli ambulatori di medicina generale e nelle cure primarie

Gli studi di prognosi hanno dimostrato che nell'ambito delle cure primarie e della comunità, ci sono solo pochi strumenti che possono essere definiti accurati e precisi nel predire la mortalità, un esito importante per prendere decisioni cliniche. Nel *setting* delle cure primarie, infatti, la definizione della prognosi del soggetto può essere utile per facilitare alcune decisioni cliniche: ad esempio, alcuni studi recenti suggeriscono che la prognosi del soggetto dovrebbe essere presa in considerazione per valutare efficacia ed efficienza di applicazione di alcuni *screening* che, comunemente, vengono proposti nella popolazione che vive in comunità, come la mammografia per la prevenzione del tumore della mammella o la colonscopia per la prevenzione del tumore del colon-retto. Al contempo, in letteratura sono riportate alcune barriere alla definizione prognostica del soggetto anziano. Tra questi: la scarsa accuratezza, calibrazione e generalizzabilità degli strumenti prognostici, una certa difficoltà nel trasmettere il significato ed il valore della prognosi come parametro rilevante ai fini di una decisione clinica condivisa, aspetti medico-legali, visto che la VMD non rientra ancora tra i LEA. Per tutte queste ragioni, la VMD, effettuata con strumenti accurati e precisi dal punto di vista metodologico è uno strumento che deve essere implementato nel *setting* delle cure primarie. Non sono stati proposti quesiti di ricerca per questo ambito.

QUESITO 1B: Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani in comunità e negli ambulatori di medicina generale e nelle cure primarie?

RACCOMANDAZIONE 1B

Si suggerisce di usare la VMD, attraverso il *multidimensional prognostic index (MPI)* ed il *Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC)*, al fine di predire il rischio di morte a breve, medio e lungo termine nelle persone anziane afferenti ad ambulatori di medicina generale e cure primarie.

Forza della raccomandazione:
positiva debole



Quesito 2A: studi di intervento

Qual'è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono ad ambulatori specialistici di area medica?

Gli studi di intervento, per quanto riguarda i pazienti anziani afferenti agli ambulatori di area specialistica medica, hanno dimostrato che la VMD ha dei benefici in termini di riduzione della mortalità di circa il 12%. Tale risultato è di notevole rilevanza, perché ottenuto a fronte di una casistica eterogenea, seppure con un fattore di potenziale omogeneità dettato dalla presenza di "fattori di rischio" all'arruolamento (es. impairment nello stato funzionale alla valutazione basale, presenza di oltre tre condizioni mediche associate, presenza di tre o più accessi ospedalieri negli ultimi 12 mesi).

Inoltre, la VMD potrebbe avere un impatto sull'appropriatezza prescrittiva in persone anziane afferenti ad ambulatori specialistici di area medica, quali ad esempio, i pazienti oncologici afferenti agli ambulatori di oncologia medica.

Non è possibile trarre conclusioni circa l'impatto della VMD nel paziente ambulatoriale per quanto riguarda gli altri esiti di interesse vista la "bassa/molto bassa" certezza delle evidenze a supporto dei risultati delle analisi. La VMD dovrebbe essere usata nei pazienti anziani afferenti a strutture ambulatoriali di area medica per individuare i pazienti "a rischio" al fine di ottimizzarne il percorso e ridurre la mortalità, e migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Al contempo, vista l'assenza di differenze tra VMD e standard care per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione, istituzionalizzazione, impatto sullo stato funzionale, qualità di vita, numero di farmaci prescritti, tali evidenze suggeriscono che ulteriori studi sono necessari per questi esiti.

QUESITO 2A: <i>Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono ad ambulatori specialistici di area medica?</i>		
RACCOMANDAZIONE 2A		
Si suggerisce di usare la VMD al fine di ridurre il rischio di mortalità in persone anziane afferenti ad ambulatori specialistici di area medica.	Non si suggerisce di usare la VMD al solo scopo di ridurre il tasso di ospedalizzazione o di ricovero in strutture residenziali in persone anziane afferenti ad ambulatori specialistici di area medica.	Si suggerisce di usare la VMD per aumentare l'appropriatezza prescrittiva (sospensione chemioterapia per effetti tossici) in persone anziane afferenti ad ambulatori specialistici di area medica.
Forza della raccomandazione: positiva debole	Forza della raccomandazione: negativa debole	Forza della raccomandazione: positiva debole

Quesito 3A: studi di intervento

Qual'è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono ad ambulatori specialistici di area chirurgica?

Gli studi osservazionali trovati nei reparti di area chirurgica hanno dimostrato che la VMD ha dei benefici in termini di riduzione della durata media di degenza ospedaliera: in media, rispetto al gruppo di controllo, il gruppo randomizzato a VMD aveva una degenza più breve di due giorni. Tali evidenze erano, però, supportate da un grado di evidenza molto basso secondo il GRADE, indicando numerose potenziali fonti di *bias*. Il singolo studio di intervento disponibile ha dimostrato, invece, che la VMD ha dei benefici in termini di riduzione rischio di delirium di circa il 56% (RR=0.44; 95%CI: 0.21-0.90, p=0.02), in maniera statisticamente significativa. Tuttavia, supportato da un basso grado di evidenza in accordo con il GRADE.



QUESITO 3A: Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono ad ambulatori specialistici di area chirurgica?

RACCOMANDAZIONE 3A

Si suggerisce di usare la VMD al fine di ridurre la durata di degenza in persone anziane afferenti ad ambulatori specialistici di area chirurgica.

Si suggerisce di usare la VMD al fine di ridurre l'incidenza di *delirium* post-operatorio in persone anziane afferenti ad ambulatori specialistici di area chirurgica.

Forza della raccomandazione:
positiva debole

Forza della raccomandazione:
positiva debole

Quesito 3B: studi di prognosi

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

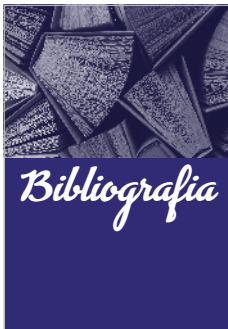
In questo contesto, si è trovato un solo studio che ha, tuttavia, dimostrato che il *Multidimensional Prognostic Index*, in 104 pazienti ambulatoriali in attesa di intervento elettivo per carcinoma del colonretto, predice sia il rischio di complicanze post-operatorie che di morte. Ovviamente, altri studi sono necessari per confermare questi risultati. Non sono state proposte raccomandazioni di ricerca per questo quesito.

QUESITO 3B: Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani che afferiscono ad ambulatori specialistici di area chirurgica?

RACCOMANDAZIONE 3B

Si suggerisce di usare la VMD, attraverso il *multidimensional prognostic index*, al fine di predire le complicanze post-operatorie in persone anziane affette da tumore del colon-retto ed afferenti ad ambulatori specialistici di area chirurgica

Forza della raccomandazione:
positiva debole



Bibliografia

- Gill T.M, Gahbauer EA, 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, Schmadier 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; (2004), 59(5):473-477. 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. 2022 Jul 7:1-12. doi:10.1007/s11357-022-00613-4



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: *Muhd Helmi M.A, Lai N.M, Van Rostenberghe H, Ayub I, Mading E*, "Antiseptic solutions for skin preparation during central catheter insertion in neonates". Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 5. Art. No.: CD013841.DOI: 10.1002/14651858.CD013841.pub2.

Autori: Valentina Vanzi, Daniela D'Angelo

I neonati, ancor più se prematuri, hanno una predisposizione naturale a sviluppare complicanze cutanee, a causa dell'immaturità anatomica e funzionale dell'apparato tegumentario.

Questa condizione viene esacerbata nel caso in cui debbano essere ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dove spesso è necessario sottoporli a numerose procedure invasive che possono interferire con l'integrità cutanea.

Il posizionamento dei cateteri venosi centrali (CVC), soprattutto per via ombelicale, costituisce una delle procedure più frequentemente richieste per garantire la stabilità clinica e un accesso per la somministrazione di farmaci e liquidi per via endovenosa.

Eseguire una corretta ed efficace antisepsi cutanea prima del posizionamento di un CVC riduce il rischio di complicanze infettive ed ha un impatto diretto in termini di morbidità e mortalità neonatali. Da un punto di vista di indicatori clinici, in termini di batteriemie associate a catetere venoso vengono considerate le CLABSI (*Catheter-Associated Bloodstream Infection*) e le CRBSI (*Catheter-Related Bloodstream Infection*). Se, da una parte, risulta incontestabile l'importanza di un'efficace antisepsi cutanea prima di una procedura invasiva, dall'altra, emergono criticità dovute alla specifica vulnerabilità dei neonati, che, di fatto, riducono l'elenco degli antisettici utilizzabili in Neonatologia.

La scelta dell'antisettico più appropriato rappresenta una componente cruciale e questa scelta dovrebbe essere modulata in base alla sua attività biocida, della sua presentazione/formato e dalla sua tolleranza.

Idealmente, un antisettico idoneo per i neonati dovrebbe essere in grado di distruggere ed inibire la crescita dei microrganismi sulla cute, avendo una durata d'azione sufficientemente lunga e, al contempo,

essere sicuro ed innocuo. Antisettici ad ampio spettro (come quelli a base di iodio e clorexidina) hanno ottime capacità antimicrobiche, ma studi e prove di efficacia hanno dimostrato che lo iodopovidone (IP) può essere assorbito a livello transcutaneo ed impattare sulla funzionalità tiroidea, configurando quadri di ipotiroidismi transitori neonatali e/o più raramente di tireotossicosi. Tale tossicità ne ha limitato fortemente l'impiego nelle TIN.

La clorexidina gluconata (CHG), chimicamente, è una biguanide cationica, disponibile in diverse formulazioni e concentrazioni. Tali caratteristiche la rendono un antisettico particolarmente indicato per i pazienti adulti e pediatrici in ambito ospedaliero, tuttavia *the Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) non ne raccomanda l'utilizzo in pazienti con meno di due mesi, in quanto non ci sono dati sufficienti a giustificare l'utilizzo in termini di sicurezza ed efficacia.

Nonostante la mancanza di dati, una recente *survey* (condotta su scala nazionale in circa 90 TIN degli Stati Uniti) ha mostrato che 55 delle TIN intervistate (il 61%) ha dichiarato l'uso della CHG, rilevando un ampio utilizzo della CHG per multiple attività: il bagno quotidiano, l'antisepsi *full-body*, la medicazione del cordone ombelicale, la decolonizzazione da *Staphylococcus Aureus* e l'antisepsi prima di una procedura invasiva. Dalla letteratura emerge un numero crescente di studi - principalmente, *case report* - che documentano la comparsa di ustioni chimiche CHG-correlate, soprattutto nei neonati estremamente prematuri e di peso estremamente basso alla nascita (ELBW).

Questi eventi avversi, nel 2014, hanno portato all'emissione di una nota informativa a livello europeo, inviata in accordo con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA),



sulle raccomandazioni per minimizzare il rischio di lesioni chimiche gravi (di cui la frequenza non è nota) associate all'uso di soluzioni cutanee a base di CHG, sia in soluzione acquosa che alcolica, per la cute dei neonati prematuri.

Alla luce di tutte questi aspetti controversi, Helmi et al (2023) hanno appena pubblicato una Revisione sistematica, allo scopo di valutare sistematicamente la sicurezza e l'efficacia di diverse soluzioni antisettiche nella prevenzione delle CRBSI e altri esiti correlati nei neonati con CVC.

È stata condotta consultando diverse banche dati, CENTRAL, MEDLINE, Embase e i registri di studi fino al 22 aprile 2022. I criteri di inclusione prevedevano la selezione di studi randomizzati controllati (RCT) o *cluster*-RCT, condotti nelle unità di TIN, che confrontassero qualsiasi soluzione antisettica (singola o in combinazione) con qualsiasi altro tipo di soluzione antisettica o con nessuna o placebo, in preparazione all'inserimento di un CVC. Gli autori hanno incluso tre studi: uno dagli Stati Uniti, uno dal Regno Unito e uno dall'Irlanda. Questi studi hanno coinvolto 466 bambini e sono stati condotti in TIN. Due studi hanno confrontato lo IP al 10% vs la CHG al 2% in alcol isopropilico al 70% (CHG-IPA). Il terzo studio ha confrontato due diverse preparazioni di CHG: una soluzione a base alcolica e una a base acquosa. Tutti gli studi hanno coinvolto bambini prematuri, nati tra la 26esima e la 35esima settimana di età gestazionale, e con un peso alla nascita compreso tra 1000 g e 2000 g. Nessuno è stato finanziato da ditte farmaceutiche.

Dall'analisi dei risultati è emerso che, negli studi che hanno confrontato la CHG-IPA e lo IP: rispetto all'IP, l'uso di CHG-IPA può comportare una differenza minima o nulla nelle CRBSI (2 studi, 352 neonati) e nella morte (uno studio, 304 neonati). Non è chiaro se la CHG-IPA riduca le ustioni cutanee e le CLABSI (2 studi, 352 neonati). Uno studio ha mostrato un aumento statisticamente significativo della disfunzione tiroidea con l'uso di PI rispetto a CHG-IPA (uno studio, 304 neonati). Rispetto alla CHG a base acquosa, la CHG-IPA può comportare una differenza minima o nulla nel

tasso di CRBSI e CLABSI e, probabilmente, comporta una differenza minima o nulla nell'irritazione cutanea (1 studio, 114 neonati).

Gli autori hanno stabilito, quindi, la necessità di ulteriori studi, con una numerosità campionaria maggiore che confrontino diverse soluzioni antisettiche, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito, prima di poter trarre conclusioni più forti.

La pubblicazione dell'aggiornamento di questa Revisione sistematica sottolinea come la tematica su quale antisettico rappresenti la scelta ottimale in termini di efficacia e sicurezza nella popolazione neonatale sia estremamente attuale e rilevante per la morbilità e mortalità che ne deriva. Tuttavia, le conclusioni di questo lavoro risultano poco significative per la pratica clinica, rispecchiando le difficoltà di condurre *trial* clinici in questo campo. A partire dall'esiguità del campione, che rende difficile la rappresentatività e la generalizzazione dei risultati.

Tale criticità è peraltro inasprita dall'eterogeneità della popolazione neonatale, costituita da sottogruppi con specifiche caratteristiche anatomico-funzionali e vulnerabilità, che non permettono di uniformare il campione, ma ne rendono necessaria la stratificazione.

In questa Revisione sono stati inclusi neonati prematuri con EG estremamente variabili (dalla 26esima e la 35esima settimana), con capacità di tolleranza cutanea e *pattern* immunitari intrinsecamente differenti. Questa variabilità rende estremamente difficoltosa l'aggregazione e la comparazione dei dati tra *trial* clinici. Sarebbe importante valutare se focalizzare le meta-analisi su sottogruppi specifici della popolazione neonatale possa portare a risultati più consistenti.

Inoltre, ancora una volta, per massimizzare i risultati e l'impatto clinico che consegue alla conduzione di studi di efficacia e sicurezza in tale ambito, emerge l'importanza di condurre studi multicentrici e di strutturare percorsi di ricerca condivisa, soprattutto quando occupandosi di popolazioni più contenute numericamente, ma estremamente fragili e ad alto rischio di morbilità e mortalità.

¹Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, fascicolo 5, DOI: 10.1002/14651858.CD013841.pub2. (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.

²Tamma PD, Aucott SW, Milstone AM. Chlorhexidine use in the neonatal intensive care unit: results from a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010 Aug;31(8):846-9. doi: 10.1086/655017.

³Vanzi V, Pitaro R. Skin Injuries and Chlorhexidine Gluconate-Based Antisepsis in Early Premature Infants: A Case Report and Review of the Literature. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2018 Oct/Dec;32(4):341-350. doi: 10.1097/JPN.0000000000000334.

Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Autocura degli antitumorali orali, articolo su "Seminars in Oncology Nursing"

Di recente, Elsevier ha pubblicato l'articolo: "Sviluppo e validità dei contenuti dell'autocura degli antitumorali orali SCOAAI" a firma di: Federica La-carbonara, Marco Di Nitto, Valentina

Biagioli, Angela Durante, Fabio Sollazzo, Francesco Torino, Mario Roselli, Rosaria Alvaro e Ercole Vellone. Uno studio che ha avuto lo scopo di sviluppare e testare la validità di contenuto dell'indice sulla cura personale degli agenti antitumorali orali (SCOAAI). Gli elementi SCOAAI sono stati sviluppati secondo gli standard basati su COSensus per la selezione dei criteri COSMIN (Health Measurement INstruments).

È stata seguita una procedura in quattro fasi.

Fase 1: gli *item* sono stati creati in base di una precedente Revisione sistematica e di uno studio qualitativo; Fase 2: la comprensibilità e la completezza dello SCOAAI sono state stabilite attraverso interviste qualitative con esperti clinici e con pazienti; Fase 3 e Fase 4: lo SCOAAI è stato poi somministrato attraverso un sondaggio online a un gruppo di esperti clinici per il calcolo del Content Validity Index (CVI). La versione finale dello SCOAAI ha compreso 32 *item*.

Nella pratica infermieristica, lo SCOAAI ha mostrato un'eccellente validità di contenuto, confermando la sua utilità per valutare i comportamenti di auto-cura in pazienti che assumono agenti antitumorali orali. Implementando questo strumento, gli infermieri potrebbero definire e attivare nei malati interventi mirati per migliorare la cura di sé e ottenere risultati più positivi (ad esempio, migliore qualità della vita, riduzione dei ricoveri e di visite al Pronto Soccorso).

Negli ultimi due decenni, l'uso degli agenti antitumorali orali (OAA) è aumentato a causa del crescente numero di pazienti con diagnosi di cancro.

Ad oggi, gli OAA rappresentano circa un quarto degli agenti antitumorali attualmente disponibili, e comprendono sia farmaci citotossici che quelli mirati.

I pazienti trattati con OAA hanno molti vantaggi, inclusi: maggiore soddisfazione dal trattamento; mi-

nore onere terapeutico; minore impatto negativo sul quotidiano e sulle relazioni; maggiore adattabilità al trattamento e migliore autonomia. Inoltre, in generale, i pazienti preferiscono gli OAA perché possono gestire il trattamento a casa. Tuttavia, questi farmaci possono causare problemi. Nei pazienti trattati si è riscontrata: diarrea, diminuzione dei globuli bianchi, anemia, affaticamento, nausea e dolore muscoloscheletrico, simili alle problematiche riscontrate in pazienti trattati con terapie antitumorali per via endovenosa.

Inoltre, proprio perché gli OAA sono gestiti autonomamente dai pazienti, con minor contatto con il team sanitario, questo regime è spesso associato a una scarsa aderenza al trattamento.

Per prevenire tali problemi e mantenere una buona salute, evitando complicazioni, i pazienti trattati con OAA, non solo devono aderire al trattamento farmacologico (cioè, assumere i farmaci come prescritto), ma anche adottare diversi comportamenti di auto-cura.

Una recente Revisione sistematica e uno studio qualitativo hanno identificato più condotte di auto-cura che i pazienti trattati con OAA, devono eseguire.

I due studi hanno sottolineato pure che questi dovrebbero fare attenzione alle abitudini alimentari, all'attività fisica, al monitoraggio dei sintomi, all'individuazione precoce degli effetti collaterali legati agli OAA (e, per gestirli, allertare il medico o assumere farmaci specifici). Poiché tutti questi comportamenti di cura di sé sono essenziali, ma non considerati fra gli strumenti esistenti, è necessario un nuovo strumento per misurare la cura di sé nelle tre dimensioni di: mantenimento, monitoraggio e gestione della cura di sé.

Tale strumento sarebbe utile agli operatori sanitari per garantire l'efficacia e la sicurezza dei regimi OAA e incoraggiare, per quanto possibile, il fatto che il paziente, pur continuando a assumere farmaci a casa, mantenesse la propria quotidianità.

Questo studio italiano ha mirato proprio a sviluppare l'indice di autocura degli agenti antitumorali orali (SCOAAI) e testarne la validità di contenuto.

Rispetto alle implicazioni per la pratica infermieristica, lo SCOAAI ha dimostrato di avere una buona validità di contenuto ed è pronto per i successivi



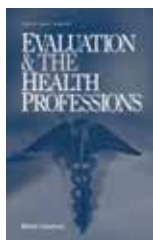
passaggi di validazione. Una volta implementato, infatti, può avere un impatto significativo sull'assistenza infermieristica dei pazienti che assumono OAA: anzitutto, perché l'uso di una scala, che valuta la cura di sé del paziente, fornisce informazioni su quali comportamenti possono essere supportati da interventi infermieristici personalizzati, finalizzati all'ottenimento di esiti positivi sui pazienti (ad esempio, migliore qualità della vita, riduzione dei ricoveri ospedalieri e visite al pronto soccorso); poi, perché può essere utile per la ricerca sull'efficacia degli interventi infermieristici, dove il risultato atteso è la cura di sé.

In conclusione, in questo studio, si è sviluppato un nuovo strumento per misurare il mantenimento, il monitoraggio e la gestione della cura di sé di pazienti trattati con OAA, testandone la validità dei contenuti con ottimi risultati.

Considerando la mancanza di dati convalidati, basati sugli strumenti presenti in letteratura, lo SCOAAL può diventare uno strumento prezioso per supportare la pratica clinica oncologica.

Inoltre, una volta completamente testato, potrà essere utilizzato nella ricerca per identificare i predittori e gli esiti della cura di sé nei pazienti che assumono OAA e potrebbe essere utilizzato per personalizzare interventi volti a migliorare la cura di sé in tale popolazione.

Per saperne di più: <https://www.sciencedirect.com/journal/seminars-in-oncology-nursing>



Studio italiano su Evaluation and the Health Professions

I ricercatori italiani Maria Matarese, Roberta Pendoni, Davide Ausili, Ercole Vellone e Maddalena De Maria sono gli autori dell'articolo: "Validity and reliability of caregiver contribution to self-care of chronic obstructive pulmonary disease inventory and caregiver self-efficacy in contributing to self-care Scale" ("Validità e affidabilità del *caregiver* nella cura di sé del malato cronico di malattia polmonare ostruttiva cronica e dell'autoefficacia del *caregiver* nel contribuire alla Scala di autocura della COPD"), pubblicato sulla rivista Evaluation & the Health Professions della SAGE.

Lo studio ha testato la validità e l'affidabilità del contributo del *caregiver* all'autocura di chi è affetto da malattia polmonare cronica (COPD) e dell'autoefficacia del *caregiver* nel contributo all'autocura della COPD. I due strumenti sono stati sviluppati modificando il Self-Care of COPD Inventory e la Self-Care

Self-Efficacy Scale nella BPCO nelle "versioni per il *caregiver*".

Le proprietà psicometriche sono state testate in un campione di convenienza di 261 *caregiver* informali di pazienti con BPCO reclutati in Italia in due studi trasversali. Nell'analisi fattoriale confermativa, il contributo del *caregiver* alle scale di mantenimento, monitoraggio e gestione dell'autocura ha presentato indici di buon adattamento. Il contributo del *caregiver* alla cura di sé e le scale di autoefficacia dello stesso correlavano moderatamente tra loro e con le "versioni paziente" delle scale, e i punteggi erano più alti per l'assistenza diadica orientata al *caregiver*, specie se donna.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è la terza causa di morte in tutto il mondo e dovrebbe aumentare nei prossimi anni, a causa della crescente esposizione a fattori di rischio e invecchiamento della popolazione. Per contenere il peso sociale ed economico e migliorare la qualità della vita dei malati cronici, oltre alle terapie, vanno messi in atto anche adeguati comportamenti di auto-cura, cui aderire con comportamenti salutari, monitorando i segni e i sintomi della malattia, trattandoli quando si manifestano. Lo studio italiano fornisce prove della validità di costruito e della coerenza interna dei due strumenti (il CC-SC-COPDI e CSE-CSC-COPDS), che permettono di misurare il *caregiver contribution* (CC) e la sua autoefficacia nell'autocura della BPCO. I due strumenti potrebbero essere utili per progettare l'educazione degli interventi a supporto dei *caregiver* e dei pazienti affetti da BPCO.

Secondo la teoria, derivata da quella dell'autocura dei pazienti con scompenso cardiaco, i *caregiver* informali contribuiscono alla cura di sé del paziente, raccomandandogli comportamenti volti al mantenimento della stabilità della malattia, al monitoraggio di segni e sintomi e nel rispondere quando si manifestano; fornendo supporto nelle attività giornaliere e ausilio durante le riacutizzazioni, valutando e gestendo i sintomi in collaborazione con pazienti o autonomamente. Inoltre, forniscono assistenza diretta, motivano i pazienti, organizzano la fornitura di cure, comunicano e collaborano con gli operatori sanitari. È stato riscontrato che il supporto del *caregiver* riduce la durata della degenza ospedaliera, diminuisce la depressione, migliora la qualità della vita e dell'esercizio fisico legati alla salute dei pazienti con BPCO. Insomma, nella cura di sé dei pazienti con una condizione cronica, i *caregiver* informali ne aumentano l'autoefficacia.

DOI: [10.1177/01632787221134712](https://doi.org/10.1177/01632787221134712)



Studio osservazionale italiano sul Journal of Nursing Scholarship

Sul Journal of Nursing Scholarship è apparso l'articolo: "L'influenza della combinazione sessuale della diade sulla cura di sé del paziente e il contributo del caregiver alla cura di sé nelle patologie croniche multiple",

frutto di uno studio osservazionale a cura dei ricercatori: Maddalena De Maria; Ilaria Erba; Federico Ferro; Davide Ausili; Maria Matarese e Ercole Vellone.

È noto, infatti, che, in caso di molteplici condizioni croniche di malattia, il sesso del paziente e del caregiver influenzano sia la cura di sé del primo che il contributo del secondo. Tuttavia, il ruolo della combinazione sessuale della diade (ad esempio, paziente uomo/caregiver donna; paziente donna/caregiver uomo; paziente uomo/caregiver uomo e paziente donna/caregiver donna), sull'influenza della cura di sé del paziente e il contributo del caregiver resta inesplorato.

L'obiettivo del progetto italiano, dunque, è stato proprio quello di indagare la relazione tra la combinazione sessuale del paziente e del caregiver e il loro vicendevole contributo alla cura di sé, in tanti setting cronici. Con uno studio trasversale multicentrico, per il quale si sono arruolati oltre 500 pazienti con patologie croniche multiple e diadi di caregiver (in ambito ambulatoriale e comunitario), utilizzando il *Self-Care of Chronic Illness Inventory* e il *Caregiver Contribution to Self-Care of Chronic Illness Inventory*, si sono misurati il mantenimento, il monitoraggio e la gestione della cura di sé, sia dalla prospettiva del paziente che da quella del caregiver, in un arco temporale di circa due anni.

Per valutare l'associazione tra sesso, cura di sé e contributo del caregiver all'automedicazione, si è utilizzata l'analisi multivariata della covarianza. I risultati hanno sottolineato il fatto che, pazienti di sesso maschile, assistiti da operatori sanitari di sesso femminile, hanno una maggiore cura di sé, rispetto a quelli di sesso femminile assistiti da operatori sanitari donna. Caregiver femminili, che si prendono cura di pazienti donna, favoriscono l'autocura più di quelli di sesso maschile che accudiscono pazienti donna o uomo.

In conclusione, dunque, si può affermare che, nei casi di condizioni croniche di malattia, per fornire interventi su misura e personalizzare le risoluzioni volte a migliorare la cura di sé, gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'influenza del sesso del paziente e del caregiver.

DOI: [10.1111/jnu.12895](https://doi.org/10.1111/jnu.12895)



Su Aging & Mental health, articolo sui principali risultati dello studio "Sodality"

Pubblicato su "Aging & Mental health", l'articolo da un progetto CECRI: "L'influenza del supporto sociale sulla cura di sé e sulla depressione da malattia cronica è mediata dall'auto-

efficacia: principali risultati dello studio osservazionale 'SODALITY'", a cura di: Paolo Iovino, Amy Nolan, Maddalena De Maria, Davide Ausili, Maria Matarese, Ercole Vellone e Barbara Riegel.

La famiglia è una delle principali fonti di sostegno per i pazienti anziani affetti da malattie croniche ed è noto per essere associata ad una migliore cura di sé (cioè, il processo di mantenimento della salute attraverso pratiche di promozione della salute e di gestione della malattia).

Dunque, il sostegno familiare, anche in caso di depressione, influenza la cura di sé. Allo scopo di misurare il sostegno familiare percepito, il grado di depressione, la cura di sé, l'auto-efficacia (*Self-Care Self Efficacy*) e il mantenimento della cura di sé (*monitoring* e gestione) si è reclutato un campione di 541 anziani (età media=76,6±7,3 anni; in prevalenza donna, 55,6%), con malattie croniche multiple.

Nel campione, la depressione e l'autoefficacia nella cura di sé sono stati mediatori significativi della relazione tra il sostegno familiare percepito e l'autocura. In tali pazienti, infatti, il sostegno familiare percepito può facilitare un rapido miglioramento dell'autoefficacia nella cura di sé e una diminuzione dei sintomi depressivi, in particolare tra le donne.

Malattie croniche, definite come "condizioni che persistono almeno per un anno e richiedono cure mediche continue", stanno aumentando in tutto il mondo e stime recenti indicano che circa la metà della popolazione mondiale ne soffre.

Quindi, non è impossibile credere che, nei prossimi 20 anni, la multimorbilità raddoppierà.

Il successo nella gestione delle malattie croniche richiede la cura di sé, che, a sua volta, coinvolge tre processi comportamentali interconnessi: mantenimento, monitoraggio e gestione della stessa.

Il primo comprende le attività quotidiane e di routine utilizzate per mantenere stabile una malattia cronica (ad esempio, l'aderenza ai farmaci); il secondo, il processo di osservazione e interpretazione dei cambiamenti nei segni e nei sintomi; la terza è la risposta ai segni e ai sintomi quando si verificano.

Lo studio italiano ha dimostrato che nelle persone con malattie croniche, la cura di sé riduce i sintomi gra-

vosi e migliora la sopravvivenza. Ma come aiutare le persone affette da una malattia cronica ad adottare comportamenti di cura di sé?

Gli obiettivi specifici di questo studio sono stati, appunto, di verificare le ipotesi rispetto alla cura di sé, all'autoefficacia e alla depressione mediate dalla relazione tra sostegno familiare e cura di sé negli anziani con multimorbidità, concentrandosi su tale fascia di popolazione perché corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie croniche e sperimentare l'isolamento sociale. I risultati hanno importanti implicazioni per la teoria, la pratica clinica e la ricerca.

Da un punto di vista teorico, infatti, contribuiscono sia alle teorie del supporto sociale che a quelle della cura di sé (in particolare per quanto riguarda le differenze di genere); per quanto riguarda, invece, la pratica clinica, è importante valutare l'entità del sostegno familiare affinché le attività di *screening* si possano concentrare sulla valutazione dell'autoefficacia e della depressione, con priorità offerta alle donne, alla luce della loro maggiore vulnerabilità.

Tutti gli sforzi dovrebbero, perciò, convergere verso l'aumento del sostegno alla famiglia (e/o ai *caregiver*), affinché aiutino a migliorare le pratiche della cura di sé, attraverso consulenze e formazione specifica, specie perché qualsiasi miglioramento nel supporto familiare può migliorare l'autoefficacia.

Interventi volti a migliorare il sostegno familiare possono facilitare rapidi miglioramenti e una diminuzione dei sintomi depressivi, in particolare tra le donne. E laddove il sostegno familiare non può essere migliorato (ad esempio, il paziente vive da solo), bisogna incentivare l'auto-efficacia nelle cure.

Info, <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2056877>



Pubblicato sul Giornale di Infermieristica pediatrica l'articolo dedicato al monitoraggio dei segni vitali

È stato pubblicato di recente sul Giornale di Infermieristica pediatrica, l'articolo sullo studio, finanziato dal Centro d'Eccellenza di OPI

Roma, "Monitoraggio dei segni vitali pediatrici nei reparti ospedalieri: sistemi di riconoscimento e fattori che influenzano gli atteggiamenti e le pratiche degli infermieri" a cura di: Kiara Ros Thekkan, Catia Genina; Federico Ferro; Corrado Cecchetti; Immacolata Dall'Oglio, Emanuela Tiozzo; Massimiliano Raponi, Orsola Gawronski e dal Ped V-Scale-Gruppo di studio: Alessandra Querciati, Italo Ciaralli, Tommaso Renzetti,

Manuel Pomponi, Daniele Gargano, Luisa Cirulli, Marco Roberti, Anna Portanova, Angela Iula, Patrizia Bevilacqua, Anna Bergadano, Daniela Zimmermann, Simona Calza, Rossana Leo, Silvana Schreiber, Sara Buchini, Regina La Bianca, Laura Volta, Sara Manzoni, Francesco Morandi, Riccardo Lubrano e Gennaro Rocco.

L'articolo ha raccolto dati tra gennaio e maggio 2020, utilizzando una versione adattata de "L'indagine sui sistemi di riconoscimento e risposta in Australia" e del "Ped-V Scala", che ha voluto descrivere i sistemi in atto per il riconoscimento e la risposta ai bambini assistiti in Italia; gli atteggiamenti e le pratiche degli infermieri (cioè, la percezione del carico di lavoro e la competenza clinica) verso il monitoraggio dei segni vitali (VS) nei reparti pediatrici e le pratiche infermieristiche organizzative.

Vi hanno preso parte dieci ospedali italiani, per un totale di 432 infermieri, che hanno risposto alla scala Ped-V (tasso di risposta=52%). Cinque nosocomi (50%) avevano messo in atto una politica VS; tre (30%) avevano un sistema di allarme precoce pediatrico (PEWS) e quasi tutti disponevano di un sistema per rispondere al peggioramento dei bambini.

A seguito dell'analisi di regressione multivariata, avere un PEWS era significativamente associato alla scala Ped-V "Carico di lavoro"; "Competenza clinica"; "Standardizzazione"; il genere era associato agli "indicatori-chiave" e il reparto di Chirurgia pediatrica alla "competenza clinica".

Le conclusioni hanno evidenziato il fatto che l'uso delle politiche VS e PEWS non era coerente tra gli ospedali che si prendono cura dei bambini in Italia.

Gli atteggiamenti e le pratiche degli infermieri erano significativamente più bassi negli ospedali con una maggiore complessità delle cure/PEWS. Ciò implica nella pratica: strategie di sistema per migliorare gli atteggiamenti e le competenze degli infermieri nei confronti del monitoraggio del VS e dell'educazione.

Le informazioni sono garantite per supportare comportamenti efficaci nei confronti del monitoraggio VS, della loro interpretazione e di adeguatezza comunicativa per attivare il sistema di risposta rapida.

Il monitoraggio VS dei reparti come PEWS o le linee guida VS sono utili per standardizzare le valutazioni dei bambini in base alla gravità delle malattie; del contesto assistenziale e per potenziare la comunicazione degli infermieri sui rilevamenti di quelli coinvolti.

Tuttavia, in contesti assistenziali ad alto rischio o complessi è necessario sviluppare ulteriori strategie.

Riunioni, *briefing*, *debriefing*, sessioni formative e di guida attraverso la pratica avanzata di infermieri o infermieri clinici specialisti potrebbero essere un



utile complemento di supporto e stabilire le priorità, aumentare la preparazione e la motivazione e le competenze verso il monitoraggio dei pazienti e la comunicazione dei parametri-chiave.

Percezione del carico di lavoro e osservazione, trascurate a causa dei limiti di tempo, dovrebbe portare a valutazioni organizzative di livelli di personale infermieristico, mix di competenze e flussi di lavoro a favore di un servizio tempestivo, osservazioni e documentazione di pazienti affetti da VS.

Le organizzazioni sanitarie dovrebbero stabilire siste-

mi per valutare i divari di genere per mettere in atto strategie di sostegno e strategie adattate, in particolare alle esigenze individuali degli infermieri.

Ulteriori ricerche e iniziative di miglioramento della qualità sono necessari per migliorare gli atteggiamenti e le pratiche degli infermieri per ridurre i divari di genere e supportare la pratica infermieristica negli ospedali con PEWS/>50 posti letto pediatrici e reparti ad elevata complessità assistenziale.

Info: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(23\)00318-4/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(23)00318-4/fulltext)

L'evento

Il Congresso nazionale AIT al Gemelli Isola Tiberina

Si è svolto giovedì 21 dicembre 2023, al Gemelli Isola Tiberina, il XIV Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale-AIT.

Oggi, i professionisti sanitari e, in particolar modo, gli infermieri, si integrano in contesti lavorativi socioculturali diversi dal proprio. Ma, per una regolamentazione efficace e veloce di tale processo, resta di vitale importanza il riconoscimento rigoroso delle competenze.

Non a caso, il disciplinamento dei flussi migratori andrebbe conosciuto - e migliorato - per permettere una più onesta prospettiva di vita e di lavoro per migliaia di professionisti, applicando tale discorso anche all'integrazione culturale degli infermieri provenienti da differenti contesti geografici, per garantire loro equità e giustizia sociale.

Pertanto, con il titolo: "Transculturalità e regolamentazione dei movimenti degli infermieri", l'evento di punta dell'associazione presieduta dal ricercatore CECRI, **Alessandro Stievano**, ha avuto lo scopo di condividere ed approfondire il dibattito sulle sfide - presenti e future - della pianificazione e integrazione degli infermieri stranieri in Italia e nel mondo, attraverso gli interventi di esperti.

Infatti, il tema all'ordine del giorno è stato al centro delle relazioni: "Equità e giustizia per gli infermieri proveniente da Paesi altri" di **Rick Zoucha**; "La regolamentazione degli infermieri stranieri in Italia" di **Stefano Casciato**, presidente CAI-OPI Roma e incaricato per la valutazione dei titoli degli infermieri stranieri presso il ministero della Salute; "Confrontarsi con il diverso sul posto di lavoro: progetti di integrazione transculturale" di **Cristina Pistacchio**; "Federico Ozanam come fonte di ispirazione per combattere le disuguaglianze sociali che causano povertà e sofferenza" di **Roberto Cipriani** e **Giuseppe Chinnici** e "Sfide e opportunità nell'accoglienza di migranti e rifugiati sul territorio nazionale: un caso di studio" di **Maria Chiara Figura**. Assai partecipato anche il dibattito con il pubblico su "Similarità e differenze nei modelli regolamentativi" (con: Stefano Casciato; Alessandro Stievano e Rick Zoucha).

L'evento AIT ha proposto una visione a 360 gradi dell'Infermieristica transculturale anche rispetto alle sfide globali emergenti per tutti i sistemi sanitari, specie rispetto ai maggiori flussi dei colleghi provenienti da altri Paesi verso quelli avanzati.





Tor Vergata È nata Alinurse

Sono **Maddalena De Maria** (presidente), **Francesco Scerbo** (vicepresidente), **Valentina Zeffiro** (segretario), **Francesco Zaghini** (tesoriere) e **Gennaro Rocco** (consigliere) i fondatori dell'Associazione culturale "Alumni PhD Nursing & Public Health-Alinurse", che riunisce i Dottori di Ricerca in Scienze Infermieristiche e in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica presso l'Università di Tor Vergata, Roma, condividendo la *mission* di valorizzare, promuovere e diffondere la cultura della ricerca.

Alinurse si è costituita il 9 marzo 2023, ma ha ricevuto il suo battesimo ufficiale il 25 novembre scorso, con il Primo *meeting* culturale dedicato, svoltosi proprio nell'Aula Fleming dell'ateneo capitolino.

Una giornata idealmente divisa in tre sessioni: la I - "Un cerchio di tempo: il continuo trasformarsi del passato nel presente e nel futuro" - con gli interventi di: Maddalena De Maria, **Rosaria Alvaro** e **Ercole Vellone**, rispettivamente: ordinario e professore associato di Scienze infermieristiche presso l'Università di Tor Vergata; la II - con il *talk* "Dottori di Ricerca e Centri di Eccellenza", moderato da Francesco Scerbo e **Maria Matarese** - e gli interventi di: **Gennaro Rocco**, direttore Scientifico del Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma; **Debora Rosa**, ricercatore del Centro della Ricerca e l'Innovazione Infermieristica e **Maurizio Zega**, presidente

OPI Roma e membro del CERSI (Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica); e la III, dedicata al *talk* delle esperienze post-dottorali, moderata da **Silvestro Giannantonio**, responsabile comunicazione FNOPI, a cui hanno preso parte: **Marco Clari**, ricercatore dell'Università di Torino; **Marco Di Nitto**, ricercatore dell'Università di Genova; **Laura Iacorossi**, ricercatore presso l'IFO di Roma; **Paolo Iovino**, ricercatore dell'Università di Firenze; **Anna Marchetti**, coordinatore infermieristico presso il Centro di Cure Palliative del Campus Bio-Medico di Roma; **Dario Monaco**, infermiere specialista in lesioni difficili e stomie Asl Roma 4; **Alessandro Sili**, direttore Area Professioni Sanitarie e Sociali Policlinico Tor Vergata; **Alessandro Stievano**, ricercatore CECRI, *Associate Director of Nursing and Health Policy team of the ICN*, vicepresidente dell'*European Nurse Director* e **Michele Virgolesi**, ricercatore dell'Università Federico II di Napoli.

Una sessione in cui gli ospiti hanno condiviso aneddoti personali, momenti belli e difficili del loro percorso professionale, senza lesinare suggerimenti a quanti vorranno seguirne l'esempio, promuovendo prospettive positive ai futuri colleghi di Scienze infermieristiche e Sanità pubblica.

Un'occasione utile a sottolineare il carattere ineludibile della ricerca in campo infermieristico, per le ricadute nella pratica clinica che i risultati dei progetti (sostenuti dai Centri di Eccellenza e animati da questi ricercatori) possono avere. Assente, **Rosario Caruso**, direttore del Centro di ricerca Clinica dell'IRCCS del Policlinico San Donato, che ha affidato il suo saluto a una lettera.

Nella stessa giornata, spazio anche ai soci onorari di Alinurse: Rosaria Alvaro, **Maria Grazia De Marinis**, **Leonardo Palombi**, **Augusto Panà** e Ercole Vellone. Alinurse persegue la promozione e la realizzazione di iniziative scientifiche; costruisce e amplia la rete di contatti tra gli Alumni; favorisce lo scambio e la condivisione di informazioni, esperienze, interessi e percorsi post-dottorali. Si propone di realizzare iniziative professionali e culturali; promuovere l'organizzazione di seminari, convegni, Congressi e attività didattiche e di ricerca anche in collaborazione con Enti, istituzioni e associazioni presenti sul territorio nazionale e internazionale; supportare progetti di ricerca dell'Università di Tor Vergata, nell'ambito delle Scienze Infermieristiche e della Sanità Pubblica; creare nuove reti di relazioni e di collaborazione con altre Università e Centri di Ricerca, nazionali e internazionali.

Info: <https://www.alinurse.it>



Assemblea degli iscritti

Martedì 28 novembre, all'hotel Quirinale, si è tenuta l'Assemblea degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma.

La relazione del presidente, **Maurizio Zega**, ha tracciato, a grandi linee, le principali attività dell'anno appena trascorso e gli impegni di questa dirigenza per il 2024. Temi molto sentiti dall'uditorio e che tanto riguardano il futuro degli infermieri laziali - e italiani - non solo sotto il profilo della formazione, quanto delle prospettive di carriera, tenuto conto che la situazione infermieristica in Italia fotografa una carenza di 66 mila unità (l'INPS ha sottolineato che, nei prossimi dieci anni, ben 100 mila infermieri andranno in pensione: chi li sostituirà?) e un calo d'iscrizioni al Corso di Laurea in Infermieristica regionali del 15 per cento.

In sintesi, nel nostro Paese ci troviamo di fronte ad un gap negativo di circa 4000 infermieri in meno, tra "quelli che entrano e quelli che escono". Come correre ai ripari al più presto, di fronte a una domanda di salute sempre più orientata alla cronicità, dovuta all'inesorabile invecchiamento della popolazione?

"Non si tratta di attrattività della professione - ha sottolineato Zega -. È il sistema che è respingente, sia perché gli stipendi dei nostri infermieri sono me-

diamente più bassi del 40 per cento rispetto a quelli europei, sia perché l'Infermieristica italiana non consente di evolversi nel percorso clinico. Dunque, un ragazzo intelligente, sapendo cosa lo attende, perché dovrebbe scegliere questo percorso di studi? Si tratta di una situazione non più procrastinabile, di cui ho discusso tanto sia con il Governatore **Francesco Rocca**, che, a livello ministeriale, con il direttore generale delle professioni sanitarie, **Mariella Mainolfi**".

Probabilmente, manca una programmazione: non c'è voglia di investire sulla figura infermieristica?

"La cosa più difficile è farsi riconoscere quanto si fa - continua -. Oggi, diversi colleghi impiantano PICC, lavorano su ferite difficili e gestiscono stomie, ma senza un briciolo di riconoscimento. Non c'è da stupirsi, allora, se in tanti preferiscono i contesti privati o l'estero...".

Quindi? Quindi, l'Ordine è un Ente sussidiario dello Stato, e, se interpellato, deve suggerire le soluzioni migliori per affrontare il problema. "Di concerto con la Federazione nazionale-FNOPI, per la valorizzazione e lo sviluppo della nostra figura professionale stiamo puntando sulla qualità dell'esercizio. Vorremmo che questa professione fosse stratificata, arrivando a parlare della 'quinta Area', la dimensione dell'elevata qualificazione, dove collocare i cosiddetti 'infermieri specialisti'. Non si pensa alla totalità dei professionisti, ma di un 10-15 per cento degli infermieri che ha fatto un percorso formativo attraverso cui poter ambire a ricoprire tale impiego".

La FNOPI spinge affinché l'Università definisca in maniera "chiara e inequivocabile" la necessità di trasformare una parte della Laurea magistrale in una Laurea magistrale ad indirizzo clinico. "In Piemonte e in Trentino sono già avviati CdL ad indirizzo clinico che, quest'anno, hanno visto triplicate le richieste: segno che la professione ha voglia di crescere. Bisogna che le istituzioni lo capiscano!".

Intanto, però, per arginare l'emergenza e trovare soluzioni in ospedale e sul territorio, che non siano "tampone", si può puntare solo sugli OSS?

"Circa un anno e mezzo fa, il Veneto ha provato a realizzare dei corsi dedicati, presso l'assessorato alla Formazione. Ma noi, per ricoprire una parte di attività assistenziale, vediamo necessaria una figura che sia di formazione sanitaria, che rientri nell'alveo dell'assessorato alla Salute", precisa Zega.

Attenzione, a creare figure intermedie, senza i quattro anni di studio, come paventato dalla professoressa **Susan Gennaro**, a maggio, all'evento CECRI.

"Il piano di assistenza è materia dell'infermiere che, come già accade, per chi ha gli OSS, di volta in volta,





affida lavoro ad un collaboratore. La nostra professionalità non è nell'atto, ma nella scienza che c'è dietro. La figura di supporto non avrà mai il *know how* giusto per poter definire, in autonomia, cosa fare e cosa no". L'Italia deve pensare ad una politica interna che favorisca l'evoluzione della Professione: una crescita verticale dell'Infermieristica, con l'infermiere generalista e quello specialista e, a corollario, una figura di supporto. "A fronte di tutto questo - ha concluso il presidente -, il Direttivo dell'OPI di Roma ritiene di confermare gli investimenti dello scorso anno, orientati a formazione e ricerca. Inoltre, oltre a far alzare l'asticella del sapere professionale, vorremmo puntare a una maggiore unità fra colleghi, magari anche attraverso il progetto 'OPI Cultura': una delle novità di questo 2024".

"OPI Cultura" sarà rivolta agli iscritti all'OPI di Roma per offrire un momento ricreativo fuori dai luoghi di

lavoro, alla scoperta del patrimonio storico della Capitale, spesso trascurato per gli impegni quotidiani.

I consiglieri **Claudia Lorenzetti** e **Giuseppe Esposito** sono i referenti dell'iniziativa: "Le uscite programmate saranno anche un'opportunità di incontro per ampliare le conoscenze personali tra colleghi, condividere momenti relazionali e di confronto. Nonché, un'occasione per avvicinarsi e lasciarsi coinvolgere dall'Ordine, dai suoi rappresentanti e dalle iniziative in modo totalmente nuovo", spiegano.

Con l'ausilio di guide turistiche accreditate, l'OPI proporrà diversi itinerari tra quartieri, chiese, aree archeologiche, musei e palazzi.

Per partecipare, basterà iscriversi sul sito istituzionale, attraverso il portale "sailportal", come già accade per i corsi Ecm.

A breve, tutte le info utili saranno reperibili anche sui social dell'OPI di Roma.





Il Bilancio

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

1. Preventivo finanziario gestionale

Entrate

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO	€ 2.097.022,11	
AVANZO DI CASSA PRESUNTO		€ 1.727.909,29
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI		
ENTRATE CONTRIBUTIVE		
Quote iscrizioni	€ 2.311.500,00	€ 2.472.000,00
Quote nuovi iscritti	€ 67.000,00	€ 67.000,00
Tasse iscrizioni	€ 90.000,00	€ 90.000,00
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 2.468.500,00	€ 2.629.000,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGG.TO PROFESSIONALI		
Corsi di aggiornamento	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORN	€ -	€ -
QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PARTICOLARI GESTIONI		
Rilascio tessere	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -
TOTALE QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'O	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI		
Trasferimento corrente		
TOTALE TRASFERIMENTI CORRENTI		
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI		
Vendita pubblicazioni		
TOTALE ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI		€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI		
Interessi attivi	€ 36.000,00	€ 18.000,00
TOTALE REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	€ 36.000,00	€ 18.000,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI		
Recuperi e rimborsi	€ 20.000,00	€ 20.000,00
TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CO	€ 20.000,00	€ 20.000,00
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI		
Entrate varie	€ 40.000,00	€ 54.000,00
TOTALE ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 40.000,00	€ 54.000,00
TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 2.564.500,00	€ 2.721.000,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE		
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI		
Alienazione immobili		
TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI		
ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
Vendita mobili ed arredi		
TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
RISCOSSIONE DI CREDITI		
Depositi cauzionali		
TOTALE RISCOSSIONE DI CREDITI		
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		
Trasferimento		
TOTALE TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		
ASSUNZIONE DI MUTUI		
Assunzione mutuo		
TOTALE ASSUNZIONE DI MUTUI		
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI		
Assunzione debito finanziario		
TOTALE ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI		
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE		
TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI DI GIRO		
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO		
Ritenute erariali	€ 220.000,00	€ 220.000,00
Ritenute Previdenziali	€ 70.000,00	€ 70.000,00
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 22.500,00
Iva su split payment	€ 150.000,00	€ 150.000,00
TOTALE ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 460.000,00	€ 462.500,00
TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 460.000,00	€ 462.500,00
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 3.024.500,00	€ 3.183.500,00
Utilizzo avanzo di amministrazione	€ 754.926,00	
Utilizzo avanzo di cassa		€ 739.229,00
TOTALE GENERALE	€ 3.779.426,00	€ 3.922.729,00

Uscite

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO I - USCITE CORRENTI		
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE		
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti	€ 19.200,00	€ 19.200,00
Gettoni riunioni Commissioni di Albo	€ 15.700,00	€ 15.700,00
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale, Congressi e Seminari	€ 5.000,00	€ 5.000,00
Rimborsi spese	€ 25.000,00	€ 25.000,00
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi e di controllo	€ 142.900,00	€ 142.900,00
Gettoni e indennità attività Commissioni di Albo	€ 57.800,00	€ 57.800,00
Assicurazioni organi statutari	€ 18.000,00	€ 18.000,00
Assemblea annuale	€ 10.000,00	€ 11.500,00
TOTALE USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	€ 293.600,00	€ 295.100,00
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO		
Stipendi e oneri riflessi	€ 326.000,00	€ 319.000,00
Assicurazioni personale	€ 8.000,00	€ 8.000,00
Fondo incentivazione	€ 114.700,00	€ 115.900,00
Corsi di formazione	€ 5.000,00	€ 5.000,00
Lavoro temporaneo	€ 65.000,00	€ 72.592,00
TOTALE ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO	€ 518.700,00	€ 520.492,00
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI		
Compenso per la riscossione	€ 68.000,00	€ 79.020,00
Servizi legali	€ 77.800,00	€ 75.403,00
Servizi contabili e fiscali	€ 42.000,00	€ 38.500,00
Servizi vari e comunicazione	€ 32.200,00	€ 36.339,00
Servizi informatici	€ 85.600,00	€ 70.277,00
Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni	€ 35.300,00	€ 37.400,00
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 4.000,00	€ 4.000,00
TOTALE USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	€ 344.900,00	€ 340.939,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI		
Affitto luce riscaldamento condominio approvvigionamenti	€ 139.100,00	€ 139.100,00
Cancelleria e stampati	€ 25.000,00	€ 25.000,00
Spese postali e telefoniche	€ 12.500,00	€ 14.592,00
Spese di pulizia	€ 36.000,00	€ 34.064,00
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Spese varie	€ 3.000,00	€ 3.000,00
Archiviazione e gestione documenti	€ 12.000,00	€ 14.400,00
TOTALE USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	€ 229.600,00	€ 232.156,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI		
Formazione, aggiornamenti professionali e ricerca	€ 500.000,00	€ 633.839,00
Rivista "Infermiere oggi"	€ 30.200,00	€ 30.700,00
Biblioteca	€ 105.000,00	€ 105.000,00
Promozione immagine (pubblicità)	€ 15.000,00	€ 15.000,00
Commissioni di studio e gruppi di lavoro	€ 176.640,00	€ 176.640,00
Spese di rappresentanza	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Quote spettanti Federazione	€ 586.500,00	€ 589.900,00
Progetto qualità Ordine e anticorruzione e trasparenza	€ 10.000,00	€ 15.700,00
Ufficio Stampa	€ 30.000,00	€ 26.498,00
Iniziative di solidarietà	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Posta elettronica certificata	€ 51.100,00	€ 51.100,00
Spese elezioni Organi Direttivi	€ 90.000,00	€ 90.000,00
TOTALE USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	€ 1.616.440,00	€ 1.756.377,00
TRASFERIMENTI PASSIVI		
Trasferimenti passivi		
TOTALE TRASFERIMENTI PASSIVI		
ONERI FINANZIARI		
Interessi passivi		
TOTALE ONERI FINANZIARI		
ONERI TRIBUTARI		
Inps Irap e altri tributi	€ 95.000,00	€ 96.380,00
Nettezza urbana	€ 13.000,00	€ 13.000,00
TOTALE ONERI TRIBUTARI	€ 108.000,00	€ 109.380,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI		
Rimborsi vari	€ 2.500,00	€ 2.500,00
TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI	€ 2.500,00	€ 2.500,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI		
Fondo spese impreviste	€ 155.686,00	€ 155.686,00
TOTALE USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 155.686,00	€ 155.686,00
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO		
Trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00	€ -
TOTALE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	€ 20.000,00	€ -
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI		
Rimborso quote esattoria		
TOTALE ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI		
TOTALE USCITE CORRENTI	€ 3.289.426,00	€ 3.412.630,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE		
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI		
Acquisto immobili		
Ristrutturazione sede	€ 7.500,00	€ 7.500,00
TOTALE ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI	€ 7.500,00	€ 7.500,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
Acquisto mobili e arredi	€ 7.500,00	€ 7.500,00
Programmi e attrezzature	€ 15.000,00	€ 29.000,00
TOTALE ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	€ 22.500,00	€ 36.500,00
CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI		
Depositi cauzionali		
TOTALE CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI		
RIMBORSI DI MUTUI		
Rimborso di mutuo		
TOTALE RIMBORSI DI MUTUI		
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE		
Rimborso di anticipazione passiva		
TOTALE RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE		
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI		
Estinzione debito		
TOTALE ESTINZIONE DEBITI DIVERSI		
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE		
Accantonamento per spese future		
TOTALE ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE		
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI		
Accantonamento per ripristino investimenti		
TOTALE ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI		
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 30.000,00	€ 44.000,00
TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO		
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO		
Ritenute fiscali	€ 220.000,00	€ 221.658,00
Ritenute Previdenziali	€ 70.000,00	€ 68.433,00
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 27.008,00
IVA Split Payment	€ 150.000,00	€ 149.000,00
TOTALE USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 460.000,00	€ 466.099,00
TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 460.000,00	€ 466.099,00
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 3.779.426,00	€ 3.922.729,00
TOTALE GENERALE	€ 3.779.426,00	€ 3.922.729,00

OPI Roma Giovani Un incontro per parlare della Professione

OPI Roma Giovani è un organismo nato in seno all'Ordine delle Professioni Infermieristiche capitolino qualche anno fa, per creare un "senso di appartenenza" e per intercettare "carburante" per il futuro; nonché dall'esigenza di avvicinare e portare alla luce richieste, esperienze e problemi delle nuove leve dell'Infermieristica romana. È noto anche per promuovere la diffusione della cultura e della ricerca infermieristica; iniziative di orientamento e progetti interregionali che favoriscano il dialogo con gli Ordini e le istituzioni, sviluppando opportunità di dibattito e di confronto. Non a caso, quanto proposto dall'OPI di Roma con la seconda edizione dell'incontro ai neolaureati che si è svolto in sede, il 19 dicembre 2023 (dal titolo: "Il professionista infermiere: come orientarsi nel mondo del lavoro le sfide del presente e del futuro"), ha voluto supportare proprio le esigenze dei neolaureati, che si avvicinano al mondo del lavoro, trovando un ventaglio di offerte che vanno dalle strutture pubbliche a quelle private (e private accreditate), oltre che dalla libera professione. L'evento formativo (interattivo e aperto, come "uditori", agli studenti dei CdL in Infermieristica di Roma e provin-

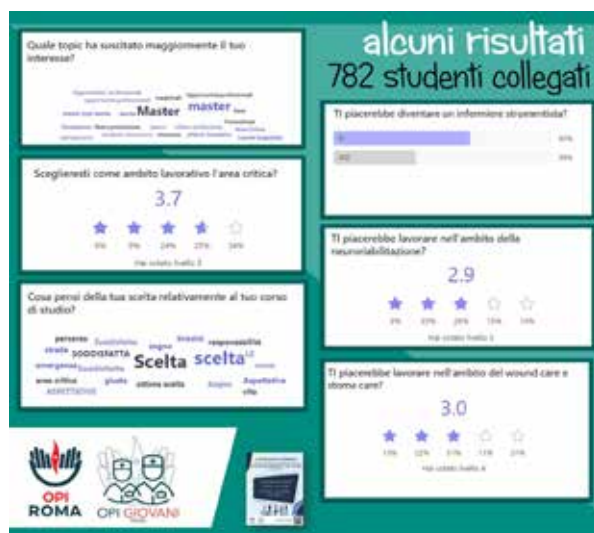
cia) ha illustrato le norme della formazione per l'esercizio professionale; le modalità di contratto e le sfide contemporanee. Tutto, approfondendo alcune aree di specializzazione infermieristica (critica; emergenza/urgenza e neuroriabilitativa; *Case management per Wound Care e Stoma Care*; integrazione ospedale/territorio fino alla Chirurgia microrobotica interventistica).

Dopo i saluti del presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega**, nella prima sessione ("L'esercizio della professionale: dalle Università al mondo del lavoro"), moderata da **Francesca Motta**, sono intervenuti: **Francesco Scerbo**, coordinatore OPI Giovani e tesoriere OPI di Roma, con: "L'infermiere e le attività di politica professionale: *overview* OPI Giovani"; **Rocco Mazzotta**, con: "Percorsi di studio post-base in Infermieristica in Italia: valorizzazione" e **Barbara Pisa** con: "Lo sviluppo contrattuale professionale: il nuovo scenario". Seconda parte dedicata a "Le specializzazioni cliniche: *real life* dei professionisti", sempre moderata da Motta, con gli interventi di **Chiara Sideri**, con: "L'infermiere nell'Area Critica tra comunicazione, competenze e ambiti di assistenza" e **Simone Ciucciarelli** con: "L'infermiere nell'area neuroriabilitativa"; **Valerio Salamida** con: "L'infermiere nell'area della microrobotica interventistica" e **Dario Monaco** con: "L'infermiere *Case manager* in *Wound Care* e *Stoma Care* nell'integrazione ospedale/territorio".

In chiusura, una partecipata tavola rotonda (tra presenti e da remoto, un totale di circa 1000 utenti), con una grande quantità di interazioni, sondaggio online e spunti di discussione grazie al *Machine Learning*.

Per aderire e contribuire a OPI Roma Giovani basterà compilare la scheda all'indirizzo:

https://opi.roma.it/archivio_news/news/1579/SCHEDA%20OPI%20GIOVANI.pdf e inviarla a: ordine@opi.roma.it



Con lo studio BENE scopriamo come stanno gli infermieri italiani

Come stanno gli infermieri italiani? Un tema che ha cercato di approfondire lo studio BENE (BENessere degli Infermieri e *staffi*Ng sicuro negli ospEali), realizzato dall'Università di Genova, con il sostegno dalla Federazione nazionale-FNOPI. E, stando ai numeri, c'è poco da stare allegri.

Fra quelli in servizio negli ospedali sono in *burnout* sei infermieri su dieci; il 45,2% si dichiara pronto a lasciare l'ospedale per "insoddisfazione lavorativa" (dovuta a basse retribuzioni, mancanza di carriera e carenza di personale); il 59% è "molto stressato", mentre il 36% sente di "non avere il controllo sul proprio carico di lavoro". Il 47,3% si percepisce "privo di energia" e nel 40,2% dei casi si ravvisa un esaurimento emotivo elevato. Il 45,4% ritiene che l'impegno professionale non lasci abbastanza tempo per la propria vita personale e familiare. Ergo, alla domanda sulla possibilità di lasciare l'ospedale, entro il prossimo anno, quasi la metà dei professionisti ha risposto di "sì" (45,2%). Questo non può che tradursi in minore qualità delle cure e sicurezza per i pazienti.

In Italia, gli infermieri ospedalieri sono oltre 165 mila: lo studio ha coinvolto un campione statisticamente valido, di età media (42,1 anni); 73% di genere femminile, presente nei reparti di degenza di 38 presidi. Si è svolto tra giugno 2022 e luglio 2023, per indagare le principali variabili che impattano sul benessere dei professionisti e la sicurezza delle cure, in particolare nel post COVID-19.

Proprio l'esposizione a pazienti COVID-19 ha determinato un elevato livello di stress (46,4% dei casi); il 38,3% ha dichiarato insoddisfazione lavorativa (principalmente, a causa dello stipendio, 77,9%, e della mancanza di opportunità di avanzamento professionale, 65,2%). Il 43,4% ha descritto il proprio ambiente di lavoro "frenetico e caotico"; solo il 3,2% percepisce come "eccellente" la sicurezza del paziente nel proprio

ospedale. La carenza di personale è il motivo prevalente delle cure mancate (50%); il 59% ha riferito di discutere, con il team, strategie per evitare che gli errori si ripetano, ma solo il 27,7% ha affermato che le azioni della direzione dimostrano la sicurezza del paziente come massima priorità.

Ogni infermiere assiste, mediamente, 8,1 pazienti, a fronte di uno standard indicato come ottimale di non più di 6. In Europa, il personale infermieristico varia da 3,4 a 17,9 pazienti per infermiere. Tra le azioni per ridurre il *burnout* e migliorare il benessere, gli infermieri coinvolti nello studio hanno indicato: l'aumento dei livelli di organico infermieristico, permettere agli operatori sanitari di lavorare al massimo delle loro competenze professionali, migliorare la comunicazione del team. Le principali cinque 'cure mancate' sono state la mobilitazione del paziente (51,6%); lo sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali (51,4%); educazione al paziente/famiglia (50,6%); igiene orale (50,2%); comfort per il paziente (49%) e le cure mancate, intese come qualsiasi aspetto dell'assistenza richiesta al paziente che viene omesso o ritardato, e sono strettamente correlate alla sicurezza e alla qualità dell'assistenza. "È uno studio dirompente - ha commentato **Barbara Mangiacavalli**, presidente della FNOPI - che evidenzia quelle percezioni che la Federazione da tempo sta facendo pervenire alle istituzioni; e spiega anche le ragioni per cui la modifica al sistema pensionistico, prevista nella legge di Bilancio, è apprezzabile, ma rischiosa, in relazione all'obiettivo del riconoscimento della professione infermieristica come lavoro usurante. Noi chiediamo soluzioni strutturali che costruiscano, nel tempo, una professione infermieristica capace di invertire la tendenza".

Lo studio chiarisce bene anche perché, ogni anno, circa 20 mila giovani scelgono Infermieristica all'Università, ma, già durante i primi tre anni, abbiamo una perdita importante di candidati. Evidentemente, gli studenti, iniziando a frequentare gli ambienti di tirocinio, si rendono conto delle dinamiche evidenziate dallo studio. "Se il 40% di chi presta servizio in ospedale, dopo un anno di lavoro, vorrebbe lasciarlo a fronte di alternative - conclude Mangiacavalli -, è chiaro che bisogna agire sugli stipendi e sull'avanzamento professionale, oltre che cercare modelli organizzativi che rendano le attività meno esasperanti. L'Italia è un Paese anziano: la prospettiva è di avere lunghe stagioni assistenziali gestibili sul territorio, a domicilio, con infermieri specializzati".

Info: <https://www.infermiereonline.org/2023/12/13/benessere-professionale-dellinfermiere-e-sicurezza-delle-cure-in-epoca-pandemica/>

Al Forum Risk di Arezzo presentata la piattaforma “Infermieri per voi”

Il 22 novembre, la Federazione nazionale-FNOPI è stata tra gli ospiti del 18° Forum Risk Management di Arezzo. Presente con un proprio stand (gestito in collaborazione con gli OPI della Toscana), qui ha celebrato anche la Giornata della libera professione infermieristica.

Il Forum, infatti, è stato l'occasione per presentare ufficialmente “Infermieri per voi”, una piattaforma digitale per favorire l'incontro tra domanda di assistenza sul territorio e offerta di professionisti iscritti all'Albo. Il consigliere nazionale con delega dedicata, **Luigi Pais dei Mori**, ha descritto uno strumento per rendere semplice, trasparente e a portata di clic, la ricerca di infermieri specializzati nell'assistenza domiciliare.

L'evento, salutato anche dalla presidente naziona-

le, **Mangiacavalli**, ha visto salire sul palco diversi esperti. Dopo **Alberto Olivetti**, presidente ADEPP, intervenuto con una *lectio magistralis* e la Senatrice **Paola Mancini**, della Commissione Affari Sociali, spazio alle esperienze “sul campo”, con la tavola rotonda: “Infermieristica e fantasia: la libera professione che vorrei”, moderata da **Silvestro Giannantonio**, responsabile Comunicazione FNOPI, a cui hanno preso parte tanti colleghi, che hanno disegnato l'ampia gamma di possibilità legate alla libera professione infermieristica, fornendo consigli utili e pratici a quanti l'hanno intrapresa o vorrebbero farlo.

In apertura, **Veronica Gentili**, esperta di *social media marketing*, per approfondire il concetto di promozione di sé come *brand*; videocontributi dalle colleghe **Stefania Testa**, infermiera pediatrica e libera professionista e **Fanni Guidolin**, che, al lavoro in ospedale, ha preferito la libertà della gestione della propria attività, in autonomia.

Quindi, il consigliere OPI Roma **Fabio Tettoni**, direttore dello Studio Infermieristico InfermiereSI di Roma, con l'intervento dal titolo: “Oltre l'imprenditoria: come il *know-how* diventa *brand*”, ovvero come l'infermiere libero professionista può cogliere la sfida della sanità pubblica e diventarne un elemento-chiave, creando una rete territoriale laddove l'offerta nosocomiale non riesce ad arrivare. Un'esperienza pienamente condivisa dalla collega **Sabrina Galantin**, anche ostetrica, che

ha spronato tutti a lavorare in team. In chiusura, **Fabio Stanga** e **Gianluca Raineri**, fondatori di uno studio infermieristico associato a Brescia.

La partecipazione FNOPI all'appuntamento di Arezzo, tuttavia, non si è limitata alla Giornata della Libera Professione: esponenti della Federazione hanno presenziato in numerose sessioni dei lavori. Oltre a Mangiacavalli e Pais, gli altri eventi hanno visto coinvolti i consiglieri nazionali FNOPI: **Maurizio Zega**, presidente OPI di Roma; **Carmelo Gagliano**; **Pietro Giordanella**; **Maria Cristina Magnocavallo** e **Carmelo Spica**.

Il video integrale del convegno è all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/2023/11/23/libera-professione-forum/>





dalla FNOPI

Concorsi 1

Uno Sguardo Raro, premiato il documentario FNOPI

Il 9 novembre scorso, presso la sala Congressi dell'IFO di Roma, alla presenza di istituzioni del mondo della Sanità e della Regione Lazio, si sono svolte le premiazioni di Uno Sguardo Raro (*Rare Disease International Film Festival*), ideato da **Claudia Crisafio** e **Serena Bartezzati**.

Giunto alla sua VIII edizione, si tratta del primo Festival cinematografico dedicato alle malattie rare e il suo scopo è proprio quello di dar voce alle persone con disabilità, attraverso la settimana arte.

La Federazione nazionale-FNOPI vi ha preso parte con un estratto del documentario "Ovunque per il bene di tutti", di **Gianluca Rame**, centrato sulle buone pratiche infermieristiche riferite a tali malati emerse durante l'ultimo Congresso itinerante.

E, a fronte di 3.3000 corti e lungometraggi ricevuti per le selezioni da 120 Paesi, l'opera ha ricevuto il Premio Speciale USR-PASOCIAL, consegnato alla presidente, **Barbara Mangiacavalli**, in un'aula gremita di colleghi.



Concorsi 2

"Smartphone d'oro" 2023 Infermieri ancora sul podio

La Federazione nazionale-FNOPI ancora sul podio delle Pubbliche Amministrazioni, con il secondo posto al premio "Smartphone d'oro", rivolto alle migliori esperienze di informazione digitale, ideato e organizzato da PA Social e Fondazione Italia Digitale, presieduta da **Francesco Di Costanzo**.

Un riconoscimento importante (a fronte di circa 100 progetti da tutt'Italia), che sottolinea quanto questo settore costituisca un servizio fondamentale per la popolazione, in linea con gli obiettivi e i valori della professione infermieristica.

La Federazione ha convinto la giuria con "Il talento degli Infermieri-Arte e Scienza in evoluzione", la campagna ideata in occasione della Giornata dell'Infermiere - il 12 maggio 2023 - ma soprattutto, per l'attenzione costante alla multicanalità (sito istituzionale, *facebook*, *twitter*, *instagram*, *tik tok* e *youtube*).

Mercoledì 29 novembre, nella sede di Binario F, il riconoscimento - un'opera in vetro di Murano del maestro **Mariano Memo** - è stato ritirato da **Maurizio Zega**, consigliere nazionale FNOPI e presidente OPI di Roma, che lo ha dedicato a tutti gli infermieri: "la cui attività e le cui competenze sono state scoperte dall'opinione pubblica durante la pandemia, pur avendo da sempre contraddistinto questa nobile professione".





All'ospedale di Tivoli Il personale sanitario soccorre i pazienti salvandoli dalle fiamme

Rogo all'ospedale San Giovanni di Tivoli, nella notte dell'8 dicembre scorso: le fiamme si sono alzate da rifiuti ospedalieri, accumulati in un piazzale, sviluppandosi al piano -2 e raggiungendo il Pronto Soccorso e il Reparto di Terapia Intensiva. Poi, con il fumo che ha invaso tutto, l'allarme non scattato e i sistemi di spegnimento automatico non partiti, la tragedia si è consumata in pochi minuti. A dare l'allarme sono stati gli infermieri, anche se per tre anziani pazienti (Pierina Di Giacomo, 86 anni; Giuseppina Virginia Facca, 84 e Romeo Sanna, 87) non c'è stato nulla da fare. Ben 193, invece, gli sgomberati, tra cui persone con Covid, donne incinte e bambini. "Bisognerà capire cosa non ha funzionato": queste, le prime parole del presidente della Regione, **Francesco Rocca**.

Una tragica vicenda che ribadisce la necessità di investire in sicurezza, prevedendo più uomini e più risorse. Uomini e risorse evidentemente insufficienti.

Così, Tivoli (città con 60 mila abitanti), ora è senza ospedale, perchè il San Giovanni è stato dichiarato "completamente inagibile".

Dalle testimonianze dirette è apparso subito chiaro il ruolo-chiave svolto, in quell'occasione, dagli operatori sanitari, che si sono attivati con molta professionalità,

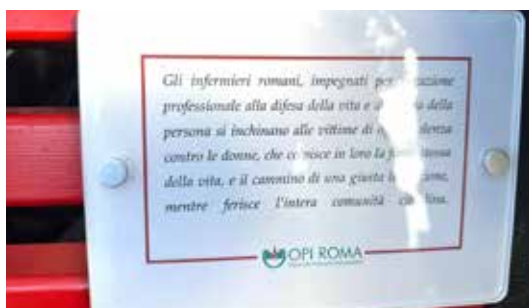
avviando le procedure di sicurezza e accompagnando a braccio gli anziani, con coperte e bombole di ossigeno.

"Ancora una volta, nell'emergenza, gli infermieri si sono fatti onore! - ha commentato il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega** -. Molti di loro sono accorsi anche da casa per aiutare. Questo comportamento è una bellissima dimostrazione dei nostri valori professionali: mi complimento con loro, con i colleghi medici e tutti i soccorritori!". Si sono uniti a Zega, anche i presidenti della Federazione nazionale-FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, e FNOMCeO, Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **Filippo Anelli**, con un comunicato in cui si legge il loro sentito "grazie": "...A tutti i medici e agli infermieri che hanno sfidato le fiamme e il fumo per portare in salvo i pazienti...".

Tra i primi politici intervenuti, anche il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, che ha ringraziato medici e infermieri.

Ma per parlare più diffusamente dell'accaduto dal punto di vista degli infermieri, l'11 dicembre 2023, nell'edizione del mattino del Tg Regione, è intervenuto il tesoriere OPI di Roma, **Francesco Scerbo**: "Nelle catastrofi come questa del San Giovanni è ancora più importante rimarcare la disponibilità della nostra professione - ha detto -. Non siamo eroi: il nostro 'Giuramento' ci lega all'assistito e, in casi estremi, siamo pronti a metterci al servizio dei bisogni della popolazione. Eppure, devo sottolineare che la nostra competenza, spesso avanzata, non è valorizzata nella maniera giusta, né ricompensata con uno stipendio adeguato. Ho diversi colleghi, amici, qualcuno che lavora anche qui, che è ancora precario. Si parla tanto di carenze di organici, ma la faccenda riguarda anche il *gap* tra i nostri infermieri e quelli del resto d'Europa. È arrivato il momento di colmarlo, altrimenti, rischiamo di continuare a perdere delle grandi risorse umane, che l'Italia ha formato e poi ha 'regalato' agli altri Paesi!".

Una panchina rossa contro la violenza di genere



L'Università di Roma Tor Vergata, il VI Municipio e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma insieme per dire "no" alla violenza sulle donne.

Il 25 novembre scorso, infatti, in occasione della Giornata dedicata, è stata inaugurata una panchina rossa (presso il Distretto P.S. Casilino Nuovo, in via delle Cincie, 28) per sensibilizzare la cittadinanza su un fenomeno tristemente attuale.

Quello che ormai è il simbolo di contrasto e di speranza contro i femminicidi è frutto di un'attività promossa dal VI Municipio, dal Prorettorato all'Innovazione sociale di Roma Tor Vergata e dall'OPI di Roma.

Alla cerimonia, oltre a studenti, cittadini e autorità, infatti, erano presenti: la segretaria OPI di Roma, **Natascia Mazzitelli**; la prorettrice Università di Tor Vergata, **Rosaria Alvaro** e il presidente del VI Municipio, **Nicola Franco**.

"La professione infermieristica è da sempre in prima linea. E lo è anche sul tema della violenza sulle donne - ha tenuto a precisare Mazzitelli -. Noi, se si parla di aggressione, sappiamo di cosa si tratti e, con forza, ribadiamo di voler ricordare tutte le vittime. La comunità infermieristica romana è costituita in maggioranza da donne; il 70% degli infermieri è donna: è questa la testimonianza vivente di un impegno che è l'esatto contrario degli attacchi esercitati. Oggi più che mai, esiste una grande integrazione di genere nel nostro lavoro, perché è necessario unire le forze anche per dare il buon esempio alle nuove generazioni".

In Breve

Il Consiglio regionale del Lazio approva Bilancio di previsione 2024-2026

È la prima manovra economico-finanziaria della Giunta di **Francesco Rocca**.

Sì, al Bilancio di previsione del Consiglio regionale del Lazio, presieduto da **Antonello Aurigemma**, per il prossimo triennio.

Il Consiglio, ha approvato la proposta di legge n. 120 (Legge di Stabilità regionale 2024) e quella n. 121 (Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026). Il voto finale è arrivato a dicembre, negli ultimi giorni del 2023.

Un Bilancio all'insegna "della saggezza e della responsabilità" che si sofferma sul tema delle poche risorse, ma che, malgrado questo, è riuscito, a assumere 4000 persone in Sanità e a ridurre le liste di attesa.

Il bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026 (che si compone di 7 articoli e 23 allegati) ammonta, al lordo delle poste tecniche e delle partite di giro, rispettivamente, in euro 35.950.384.685,86, in euro 33.860.306.661,93 e in euro 33.381.927.029,58, per il triennio 2024-2026, in termini di competenza, nonché in euro 30.466.001.045,83, per l'esercizio finanziario 2024. Degli oltre 18 miliardi di euro del 2024, circa 12 miliardi sono riferiti alla sanità.





Antonio Loperfido
Barbara Muzzatti
**Elementi di psicologia
per le professioni di aiuto**
Carocci Faber editore, 2022
(188 pagg, 19 Euro)



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

Per le consultazioni la Biblioteca è aperta:

lunedì, e giovedì, 14.30-17.30 martedì 10.00-13.00

Per accedere è necessario prenotare un appuntamento telefonico (in orario Biblioteca) o via mail.

Info:

<https://opi.roma.it/biblioteca/>

Tel. 06/37511597

e-mail: biblioteca@opi.roma.it

Un compendio di Psicologia per supportare gli operatori “delle professioni d’aiuto”

Ti.Me.

Indirizzato agli studenti dei Corsi di Laurea e dei percorsi professionalizzanti di area sanitaria e sociosanitaria (ma non solo...), l'agile volume di Antonio Loperfido e Barbara Muzzatti raccoglie spunti dalle lezioni tenute in occasione del Corso di Scienze Infermieristiche.

Si tratta, perciò, di un compendio dei principali contributi offerti dalla Psicologia per supportare gli operatori “delle professioni d’aiuto” (quelle, cioè, che pongono l'uomo al centro delle loro attività, per le quali è necessario considerare l'individuo nella sua globalità) a comprendere la malattia e il dolore, nonché per coadiuvare l'azione di cura da mettere in atto nel quotidiano.

Perché, come sottolineato anche nel Codice Deontologico della Professione: “*Il tempo di relazione è tempo di cura*”.

Questi “Elementi di psicologia” sono pensati per affiancare gli operatori della salute nel loro percorso di studio, riassumendo i concetti precipi della Psicologia per quanti li corrisponderanno nei contesti sanitari, introducendo fondamenti teorici e indicazioni pratiche atti a fornire una visione quanto più completa possibile di ciò che attiene alla persona (andando, cioè, oltre la mera corporalità).

Ciò, perché sia chiaro che il “saper essere”, fondamentale nelle professioni d’aiuto, non è affatto una dote naturale, e che, invece, la si può accrescere e affinare, perché è oggetto di apprendimento.

Per poter dedicare un'attenzione efficace alle tante esigenze della persona (specie in un momento di fragilità), sono necessari strumenti di immediata accessibilità, e, pertanto, complice un lessico assai comprensibile, anche lo stile del libro tende ad essere essenziale, quasi rigoroso.

Questo, mentre si offre anche un approfondimento sull'uso delle nuove tecnologie, con spazi dedicati alla telemedicina (finanche, alla *cyberpsicologia*), nonché all'approccio alla malattia delle categorie, cosiddette, “fragili”: minori, anziani, disabili e stranieri.

L'obiettivo dichiarato degli autori è accompagnare il lettore nell'esplorazione della complessità e della multidimensionalità dell'esperienza di malattia, senza dimenticare che quest'ultima riguarda anche i familiari (che spesso sono anche i *caregiver*).

Diviso in otto capitoli, del libro è proprio l'ultimo, “La relazione d’aiuto col morente”, a meritare una menzione speciale, visto che affronta un tema delicato e difficile (tuttavia, imprescindibile per gli operatori del settore) per il quale è necessario poter contare sulla vicinanza di persone anche umanamente consapevoli e preparate.

La “buona morte” (come la vita nel reparto di Ostetricia) deve essere accolta e rientrare a pieno titolo tra gli obiettivi delle buone pratiche di ogni operatore sanitario e sociosanitario.

Infine, c'è anche un paragrafo dedicato alla tecnica di *De-escalation* (7.8), molto utile per intervenire, presto e bene, nelle situazioni esplosive che, specie ultimamente, vedono coinvolti infermieri e operatori della salute, aggrediti proprio dai pazienti o dal loro *entourage*: l'operatore diventa bersaglio di minacce e aggressioni verbali e non, ma deve saperne intercettare i segnali e, soprattutto, deve sapere come disinnescare la tensione.

Infermieri del Servizio Sanitario Nazionale Ecco le linee guida sullo svolgimento di attività lavorativa al di fuori dell'orario di lavoro

Avv. Barbara Pisa



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

Info:

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

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

A seguito delle numerose richieste di chiarimenti pervenute in merito alla possibilità, per il personale appartenente al comparto sanità, di svolgere attività professionale al di fuori del proprio orario di lavoro, si ritiene opportuno fornire alcune delucidazioni.

La normativa di riferimento, infatti, è di non facile interpretazione e, proprio per tale ragione, la **conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano**, in data 12 luglio 2023, ha adottato un Documento contenente le linee di indirizzo, allo scopo di favorire l'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale.

L'articolo **3-quater del D.L. 21 settembre 2021, n. 127**, convertito dalla L. 19 novembre 2021, n. 165, stabilisce che gli operatori delle professioni sanitarie appartenenti al **personale del comparto sanità** (con esclusione, quindi, del personale della dirigenza), **possono svolgere, al di fuori dell'orario di lavoro, attività professionale**, non sussistendo più le incompatibilità previste dall'articolo 4, comma 7, della legge 412/1991, ai sensi del quale può intercorrere un unico rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nonché quelle previste dall'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001.

Tale facoltà, oggi, salvo ulteriori deroghe, è prevista sino alla data **del 31 dicembre 2025**.

Un primo aspetto che viene evidenziato dal Documento adottato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome è che le attività che possono essere esercitate al di fuori dell'orario di lavoro sono esclusivamente se riconducibili alle professioni sanitarie per le quali, indipendentemente dal profilo di inquadramento, gli interessati abbiano **l'abilitazione all'esercizio**. Il secondo comma dell'articolo 3-quater del D.L. n. 127/2021 prevede che l'attività da svolgere in regime libero professionale, al di fuori dell'orario di lavoro, deve comunque essere previamente **autorizzata dall'amministrazione di appartenenza**.

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

Le autorizzazioni che le Amministrazioni sono chiamate a rilasciare ai propri dipendenti

non riguardano, quindi, lo svolgimento di un singolo incarico extra istituzionale ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. 165/2001, bensì lo svolgimento di attività professionale, sia in regime libero professionale che attraverso rapporti di dipendenza, con strutture sia pubbliche che private.

L'azienda di appartenenza rilascia l'autorizzazione previa verifica delle seguenti condizioni:

- 1) l'attività deve garantire prioritariamente le esigenze organizzative del Servizio sanitario nazionale;
- 2) deve essere rispettata la normativa sull'orario di lavoro;
- 3) deve essere salvaguardato l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa.

L'attività ulteriore, al di fuori del proprio orario di lavoro, può essere esercitata dal dipendente in regime libero professionale (mediante, quindi, l'apertura della Partita Iva), sia **nei confronti di singoli utenti** (esempio, attività domiciliare), **sia presso strutture private o pubbliche**, purché al di fuori dell'azienda o Ente di appartenenza, con **l'esclusione**, quindi, **di attività professionale "intra moenia"**.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome non esclude, in base alla interpretazione letterale della norma, che sia possibile instaurare anche **rapporti di dipendenza** con altre strutture pubbliche o private, salvo, chiaramente, valutarne la compatibilità in sede di rilascio di autorizzazione.

Altro aspetto importante da sottolineare è il **regime fiscale e contributivo**: coloro i quali vorranno svolgere attività professionale in regime libero professionale dovranno provvedere **all'apertura della Partita Iva** e all'**iscrizione** presso la cassa previdenziale **ENPAPI**, al fine di assolvere a tutti gli oneri fiscali e contributi previsti dalla normativa vigente.

L'attività non potrà essere espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedo parentale, aspettativa, permesso retribuito e ferie (almeno con riferimento al periodo annuale minimo di quattro settimane di cui all'art. 10 del D.Lgs. 66/2003).

In Breve

In Umbria, arriva il sì alla libera professione

Nella vicina Umbria, gli operatori delle professioni sanitarie (infermieristiche e ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione) potranno esercitare la libera professione.

Ad annunciarlo è stato, qualche settimana fa, l'assessore regionale alla Salute, **Luca Coletto**: "I vari decreti espressi in materia - ha detto - hanno portato al tanto auspicato esito finale per questi professionisti".

Oggi, il sistema sanitario deve riorganizzarsi anche in base alla sanità territoriale, per la continuità della presa in carico della persona, aiutando a decongestionare gli ospedali, il cui ruolo è, e deve restare, la cura delle patologie importanti e degli acuti. "La Regione ha trasmesso il documento, approvato dalla Conferenza delle Regioni, alle Aziende sanitarie locali e, in base alle disposizioni normative e indicazioni fornite, quelle ospedaliere di Terni e di Perugia hanno provveduto ad adottare uno specifico regolamento. Ma - ha tenuto a sottolineare Coletto -, per garantire l'uniformità di interpretazione e applicazione a livello regionale, abbiamo ritenuto di adottare un documento *ad hoc* che declina, in maniera omogenea, i criteri per l'esercizio della libera professione e la relativa procedura per il rilascio delle autorizzazioni".

In base al testo approvato dalla Giunta regionale dell'Umbria, fino al 31 dicembre 2025, in applicazione delle disposizioni nazionali, agli operatori è consentito che siano dipendenti dell'Azienda sanitaria (con contratto di lavoro subordinato, a tempo indeterminato e/o a tempo determinato, inquadrati nei relativi profili professionali del comparto sanità) e che, altresì, possano svolgere attività lavorativa fuori dall'orario di servizio.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 (GU n.303 del 30/12/2020 Suppl. Ordinario n.40) La Legge n.213 del 30 dicembre 2023

Giuseppe Casolaro

La legge di bilancio per l'anno 2024 si compone di due sezioni, 21 articoli, 7 allegati e due tabelle. L'articolo 1 è composto da 561 commi e il provvedimento è entrato in vigore il 1 gennaio 2024. Sono di interesse sanitario i commi dal 217 al 247, dell'articolo 1.

Nel presente elaborato si riportano i principali riferimenti per il settore sanitario di interesse specifico per il personale infermieristico e, in generale, per tutte le professioni sanitarie.

Le schede di lettura, riferite ai commi presi in esame, sono state elaborate consultando la documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, della relazione tecnica della Ragioneria Generale dello Stato.

SCHEDE di LETTURA

Articolo 1, comma 217 (Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)

Il comma 217 prevede il rifinanziamento del livello del fabbisogno sanitario nazionale standard a cui concorre lo Stato, che viene **incrementato di 3.000 milioni per l'anno 2024, 4.000 milioni per il 2025 e 4.200 milioni annui a decorrere dall'anno 2026**, da destinare anche al finanziamento delle specifiche finalità indicate nel presente Disegno di Legge di bilancio, come di seguito sinteticamente riportato.

Le finalità delle già menzionate risorse incrementalì sono individuate nei diversi commi della presente LdB. Qui, si riporta la sola spesa per il 2024:

- commi 29-31: in tema di rifinanziamento del fondo CCNL di competenza sanitaria per il personale pubblico nel triennio 2022-2024 (spesa corrente 3.000 milioni);
- commi 218-222: in relazione all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale del comparto sanità operante nelle Aziende e negli Enti del SSN (280 milioni);

FINANZIAMENTO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (importi in milioni di euro)							
Incremento finanziamento SNN	2024	2025	2026-2032	2033	2034	2035	dal 2036
	3.000	4.000	4.200	-84	-180	-293	-340

- comma 223: per la rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica (disposizione non onerosa);
- commi 224-231: sulle modifiche delle modalità di distribuzione dei medicinali (53 milioni);
- comma 232: in relazione alle misure per l'abbattimento delle liste d'attesa (disposizione non onerosa);
- comma 233: sull'aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati (123 milioni);
- comma 235: sul finanziamento per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza – LEA (50 milioni);
- commi 244-246: per le ulteriori misure in materia di potenziamento del servizio sanitario nazionale e dell'assistenza territoriale (10 milioni);
- commi 362-363: relativamente all'organizzazione e funzionamento dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (1 milione).

Ecco i principali commi di interesse del personale delle professioni sanitarie, con particolare riguardo a quello infermieristico.

Articolo 1, commi 218-222 (Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive)

Per l'annualità 2024-2026 viene confermato l'incremento della tariffa oraria per il personale medico a 100 €/ora e per quello infermieristico a 60 €/ora. Per le finalità sopra indicate, è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto. Tale finanziamento è a valere per ridurre il fenomeno delle esternalizzazioni (personale reclutato per tramite cooperative) e per far fronte alla grave carenza di personale e ridurre le liste di attesa. **Per la regione Lazio, come riportato nell'allegato III della LdB sono stati destinati 19,26 milioni di € per il personale medico e 7,704 milioni di € per il personale del comparto per ognuno degli anni presi a riferimento.**

Articolo 1, comma 223 (Rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica)

Il comma in titolo interviene, innanzitutto, sul tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, il quale è rideterminato nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024 (+0,2 % rispetto alla disciplina vigente). In secondo luogo, ridetermina il tetto della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno (-0,2% rispetto alla disciplina vigente). Infine, conferma espressamente il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali già previsto dalla normativa vigente, pari allo 0,2 per cento.

Articolo 1, comma 233 (Aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati)

Il comma aggiorna il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati: quest'ultimo è innalzato, rispetto al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026. **La relativa copertura è individuata nell'ambito dell'incremento del fabbisogno sanitario di cui all'articolo 1, comma 217, del presente disegno di legge.**

Articolo 1, comma 235 (Finanziamento per aggiornamento dei LEA)

Il comma 235 vincola una quota pari a 50 milioni di euro per l'anno 2024 ed una quota pari a 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025 per consentire l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). La quota viene vincolata a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato, come rideterminato dal comma 217, ovvero sul finanziamento complessivo del FSN.

Articolo 1, commi 237-241 (Disposizioni in materia di lavoratori frontalieri e contributo al Servizio Sanitario Nazionale)

I commi da 237 a 239 introducono una forma di compartecipazione alla spesa sanitaria; quest'ultima è posta a carico: dei residenti in Italia che lavorano e soggiornano in Svizzera e

che utilizzano il Servizio sanitario nazionale; di alcune categorie di lavoratori frontalieri operanti in Svizzera; dei familiari a carico delle due predette tipologie di soggetti. **Si prevede che le risorse derivanti dalla citata compartecipazione alla spesa sanitaria siano destinate al sostegno del servizio sanitario delle aree di confine e prioritariamente a beneficio del personale medico e infermieristico, con modalità da definirsi con decreto interministeriale.**

Articolo 1, commi 244-246 (Ulteriori misure in materia di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dell'assistenza territoriale)

I commi 244-246 prevedono distinti interventi di incremento delle risorse destinate all'assistenza territoriale e distrettuale:

- 1) un incremento di 250 milioni per il 2025 e di 350 milioni dal 2026 per il corrispondente potenziamento dell'assistenza territoriale riferito ai maggiori oneri di spesa per il personale dipendente - in deroga a limiti vigenti - e del personale convenzionato;
- 2) un incremento di 10 milioni a decorrere dal 2024 delle risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione della finalità della legge che garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- 3) un incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, pari a 240 milioni per il 2025 e a 340 milioni di euro annui a decorrere dal 2026.

Più in dettaglio, il comma 244 incrementa di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa massima autorizzata per il potenziamento dell'assistenza territoriale prevista a legislazione vigente in relazione ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente.

La finalità è quella 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)

Il comma 244 in esame prevede, inoltre, che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, le somme aggiuntive per il 2025 e 2026 saranno ripartite fra le Regioni e le province autonome, anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.

Inoltre, il comma 245, dispone un incremento di 10 milioni di euro annui, a decorrere dal 2024, delle risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale.

Articolo 1, comma 247 (Fondo per l'Alzheimer e le demenze)

Il comma 247, reca la dotazione del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2024-2026: la dotazione prevista è pari a 4.900.000 euro per l'anno 2024 e a 15.000.000 di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026. Fondo istituito dalla legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) per il triennio 2021-2022-2023, per cinque milioni, per ciascuno degli anni considerati. Si ricorda che, nel rispetto della LdB, per il 2021 è intervenuto il D.M. 23 dicembre 2021-251, recante "Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze".

Articolo 1, comma 277 (Rifinanziamento di interventi in materia di investimenti e infrastrutture)

In ultimo, il comma 277, pur non rientrando nel perimetro strettamente sanitario, autorizza la spesa di euro 210.265.400 per l'anno 2024, 154 milioni di euro per l'anno 2025, 176 milioni di euro per l'anno 2026, 70 milioni di euro per l'anno 2027, 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2028 e 2029 e 40 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2030 al 2038, per il rifinanziamento di interventi in materia di investimenti e infrastrutture. L'allegato V al Disegno di Legge in esame elenca gli interventi in oggetto, specificando l'importo ad essi destinato.

In particolare, si segnala l'adeguamento e ristrutturazione della rete del sistema dell'emergenza del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, autorizzando la spesa di 40 milioni per il 2024, di 50 per il 2025 e di 55 per il 2026, per l'intervento in oggetto.

Esperienze e percezioni degli infermieri che lavorano nel turno notturno

Raccomandazioni*

- Creare e promuovere un sistema che supporti "la giornata del sonno" per riprendersi dal turno notturno e riposare durante gli intervalli tra turni e dopo il turno di notte. **(Grado A)**
- Rivedere e sviluppare politiche e strutture organizzative per consentire agli infermieri del turno di notte di completare la formazione e sviluppare altre capacità professionali durante il turno di notte. Ciò consente agli infermieri del turno di notte di dare priorità al sonno e di conseguenza mantenere in sicurezza se stessi, i loro pazienti e gli altri. **(Grado A)**
- Educare gli infermieri sui rischi associati al "grave affaticamento" derivante dal lavoro notturno e sulle strategie di self-care che possono essere adottate per prevenire errori e infortuni. **(Grado A)**
- Implementare iniziative per evitare la guida in stato di sonnolenza (ad esempio, formare coloro che lavorano nei turni notturni, incoraggiare le organizzazioni a sostenere eventi come "la Settimana per la prevenzione della guida in stato di sonnolenza", fornire un luogo sicuro per un recupero prima di tornare a casa, incoraggiare il carpooling). **(Grado A)**
- Implementare un piano organizzativo di riduzione dell'affaticamento al fine di migliorare l'ambiente di lavoro nel turno di notte, minimizzare i potenziali effetti dannosi del lavoro notturno e formare una forza lavoro infermieristica nei turni notturni in sane condizioni di salute e adeguatamente preparata alla cura dei pazienti. **(Grado A)**

**Definizione dei gradi di raccomandazione di JBI*

Fonte delle informazioni

Questo documento rappresenta una traduzione del foglio informativo sulle migliori pratiche pubblicato nel JBI EBP Database.¹ La versione originale del foglio informativo sulle migliori pratiche rappresenta una sintesi della revisione sistematica pubblicata nel 2023 su una JBI Evidence Synthesis.²

Background

Questo documento rappresenta una traduzione del foglio informativo sulle migliori pratiche pubblicato nel JBI EBP Database.¹ La versione originale del foglio informativo sulle migliori pratiche rappresenta una sintesi della revisione sistematica pubblicata nel 2023 su una JBI Evidence Synthesis.² In tutto il mondo gli infermieri devono lavorare su turni notturni perché i pazienti acuti, subacuti e cronici richiedono cure 24 ore al giorno. Sebbene gli infermieri che lavorano di notte si prendano cura degli stessi pazienti assistiti dai colleghi che lavorano nel turno diurno, nel turno notturno l'ambiente di lavoro è diverso. C'è meno personale, personale con meno anzianità di servizio, più personale reperibile, meno servizi diagnostici e terapeutici disponibili e meno manager presenti. Alcuni aspetti positivi inerenti il lavoro notturno sono la possibilità di sperimentare maggiormente il lavoro di squadra e ricevere benefit e incentivi. Eppure lavorare di notte crea problemi al ritmo circadiano degli infermieri e influenza la loro salute psico-fisica con conseguenze sulla prestazione lavorativa. Considerato che gli infermieri sono fondamentali nel lavoro notturno poiché si prendono cura dei pazienti in settings diversi, è necessario comprendere l'esperienza di lavoro non solo durante i tempi di "inattività" ma anche in turni fuori dalla normale routine. Con una migliore comprensione delle esperienze degli infermieri, dell'ambiente di lavoro notturno, gli

infermieri, gli infermieri dirigenti e le organizzazioni possono sviluppare linee guida e interventi per creare migliori condizioni durante i turni notturni che avranno un impatto positivo su infermieri e pazienti. È stata condotta una revisione sistematica per esaminare esperienze e percezioni degli infermieri che lavorano nel turno di notte o H24 nei reparti di terapia intensiva, sub-intensiva e di lunga degenza.

Obiettivi

Lo scopo è presentare le migliori evidenze disponibili sulle esperienze e percezioni di infermieri che lavorano nel turno di notte in qualsiasi specialità dal reparto di terapia intensiva, sub-intensiva e di lunga degenza.

Qualità della ricerca

Tutti gli studi inclusi sono stati valutati indipendentemente da due revisori che hanno utilizzato la scheda critica di valutazione JBI per la ricerca qualitativa. Trentaquattro articoli sono stati esaminati dal punto di vista della metodologia qualitativa con una valutazione della qualità tra moderata e alta. Tutti gli studi sono stati valutati positivamente relativamente alla coerenza tra metodologia di ricerca e domanda di ricerca, metodologia di ricerca e metodi, metodologia di ricerca e rappresentazione dell'analisi di dati e citazioni. Le metodologie utilizzate sono state descrittive qualitative, fenomenologiche, etnografiche, narrative, ricerca-azione partecipativa e metodi misti di tipo qualitativo. Negli studi sono state utilizzate interviste, focus group, questionari con domande a risposta aperta e dichiarazioni scritte per la raccolta dei dati.

Risultati

Gli studi inclusi in questa revisione sono stati condotti su sei continenti, in 11 paesi degli Stati Uniti, Australia, Brasile, Iran, Svezia, Canada, Cina, Francia, Italia, Kenya e Regno Unito. Sono presenti 13 articoli che prendono in considerazione gli infermieri nei turni di notte, 13 articoli inerenti gli infermieri che lavorano su turni di notte e che ruotano tra turno diurno e notturno e in 8 articoli non viene indicata la programmazione dei turni degli infermieri. In totale sono stati estratti 220 risultati (165 inequivocabili, 55 credibili) da 34 articoli che rappresentano 33 studi. I risultati sono stati raggruppati in 11 categorie in base alla somiglianza di significato e sono stati creati tre meta-sintesi. La confidenza dei risultati sintetizzati è stata valutata utilizzando il metodo ConQual, che indicava che le tre metasintesi avevano un basso livello di confidenza.

Sintesi n.1: "Altro": Il carattere distintivo dell'assistenza infermieristica di notte

La prima sintesi è l'elaborazione di 104 risultati che sono stati aggregati in quattro categorie: "Ambiente di lavoro, caratteristiche dell'ambiente di lavoro notturno", "Fiducia, lavoro di squadra e solidarietà di notte", "Mancanza di comprensione da parte dell'organizzazione" e "Autonomia decisionale e risoluzione dei problemi." Gli studi hanno descritto l'ambiente del turno di notte come unico con meno personale e meno procedure, insieme al fatto che gli infermieri hanno maggiore autonomia e opportunità di apprendimento. Gli infermieri hanno anche indicato che c'è più lavoro di squadra e solidarietà di notte che li aiuta ad affrontare l'attività che può variare da tranquilla ad intensa. Inoltre gli infermieri che lavorano nel turno di notte si sentono sottovalutati e ritengono che il loro lavoro di assistenza non venga compreso da coloro che lavorano nel turno diurno. "È molto mutevole. Può iniziare in modo assolutamente folle, e poi diminuire gradualmente, oppure può essere pazzesco per tutto il tempo...Hai a che fare con la mancanza di medici, hai a che fare con la possibilità di intervenire nel cuore della notte, hai a che fare con personale giovane e spesso hai a che fare con poco personale notturno".

Sintesi n. 2: Destreggiarsi tra il sonno e tutti gli altri aspetti della vita quando si lavora di notte

La seconda sintesi è l'elaborazione di 58 risultati che sono stati aggregati in quattro categorie: "Destreggiarsi tra il sonno e le responsabilità a casa", "isolamento sociale", "Il Lavoro notturno richiede cambiamenti di ruolo nella vita familiare" e "L'impatto sulla salute può essere dannoso o moderato". Gli Infermieri che lavorano di notte devono ingegnarsi tra l'esigenza di dormire, la necessità di far fronte alle esigenze familiari e anche trovare il tempo per la socializzazione. I familiari degli infermieri del turno di notte hanno maggiori responsabilità a causa del lavoro notturno e della necessità di recuperare il sonno degli infermieri. Il Turno notturno interrompe i ritmi circadiani degli infermieri e ha un impatto sulla loro salute. Alcuni infermieri affrontano questa interruzione esercitandosi quotidianamente e mangiando cibo sano mentre altri si ritirano e mangiano cibo poco sano cosiddetto "comfort food".

"Fai quello che devi fare quando devi farlo, indipendentemente dal fatto che tu abbia dormito oppure no. . . La famiglia viene prima di tutto e quindi il recupero del sonno potrebbe risentirne poiché tutto il lavoro familiare è programmato di giorno. Ecco perché lavoro di notte, così posso essere disponibile per queste cose".

Sintesi n. 3: Esistere nelle "ore notturne": combattere l'impatto negativo della privazione del sonno logora gli infermieri che si sforzano di mantenere i pazienti, se stessi e gli altri al sicuro.

Il terzo risultato è la sintesi di 58 risultati, che sono stati raggruppati in tre categorie: "Osessionati dal sonno", "Strategie per combattere la privazione del sonno" e "Sicurezza per pazienti, infermieri e altri". Per lavorare nelle "ore notturne", gli infermieri del turno di notte devono combattere la stanchezza, l'esaurimento e la continua privazione del sonno. Per stare svegli, gli infermieri adottano strategie per mantenere i propri pazienti, sé stessi e gli altri al sicuro, come ricontrollare il proprio lavoro, in particolare quando somministrano i farmaci. Durante il viaggio verso casa, gli infermieri fanno spuntini, abbassano i finestrini o ascoltano musica ad alto volume, "Abbasso i finestrini, alzo al massimo la musica, metto nel mio zaino degli snack, patatine, qualche caramella o qualcosa del genere. Se sono davvero stanco, chiamerò mia madre o chiamerò uno dei miei colleghi mentre sto ritornando a casa, o farò qualsiasi cosa che mi tenga sveglio".

Conclusioni

La valutazione delle esperienze e percezioni degli infermieri che lavorano nel turno notturno, opposto al loro ritmo circadiano e alla regolare abitudini sociali, hanno rivelato la particolarità del lavoro notturno e della privazione del sonno. Gli infermieri che lavorano di notte devono dare priorità alla cura di sé stessi. I dirigenti infermieristici e le organizzazioni devono adottare politiche, formare e implementare iniziative per sostenere e migliorare la sicurezza degli operatori e quella dei pazienti.

Implicazioni per la pratica

Questa revisione ha individuato diverse strategie per migliorare l'esperienza complessiva degli infermieri che lavorano di notte e per migliorare il loro ambiente di lavoro. Con l'interruzione del ritmo circadiano, gli infermieri che lavorano di notte hanno bisogno di dare priorità alla cura di sé stessi, in particolare al sonno. I Dirigenti e le organizzazioni infermieristiche dovrebbero adottare politiche a sostegno della pianificazione del "giorno del riposo" per consentire il recupero dal turno notturno e "riposare" durante le pause tra i turni. Per garantire ciò è necessario che le strutture organizzative consentano agli infermieri del turno di notte di poter completare la formazione e di poter acquisire altre competenze lavorative durante il turno notturno; si dovrebbero includere programmi educativi e incontri durante il turno di notte offrendo l'opportunità agli infermieri che lavorano di notte di parlare con i dirigenti infermieristici e/o istituendo un supervisore di notte per favorire questa comunicazione. I programmi formativi dovrebbero contenere i rischi associati a grave affaticamento e includere strategie della cura del sé per prevenire errori e infortuni. Inoltre, dovrebbero essere attuate iniziative per prevenire la "guida in stato di sonnolenza", ad esempio, promuovendo eventi come "La settimana della prevenzione della guida in stato di sonnolenza" fornendo un luogo sicuro per un "recupero" prima di tornare a casa e incoraggiare il carpooling. Infine, le organizzazioni dovrebbero adottare un "piano di riduzione della stanchezza" per migliorare l'ambiente lavorativo notturno, per minimizzare gli effetti dannosi del lavoro notturno e formare una forza lavoro notturna sana e adeguatamente preparata alla cura dei pazienti. Le iniziative devono essere volte ad assicurare che gli infermieri facciano le pause previste, offrendo un luogo tranquillo per fare un "recupero" e fornendo una scelta variegata di cibi sani.

ESPERIENZE E PERCEZIONI DEGLI INFERMIERI CHE LAVORANO NEL TURNO NOTTURNO

POPOLAZIONE

Infermieri

FENOMENO DI INTERESSE

Esperienze e percezione degli infermieri che lavorano di notte o in H 24

CONTESTO

Qualsiasi specialistica come reparti intensivi, sub-intensivi e di lunga degenza.

SINTESI DEI RISULTATI



LA PARTICOLARITA' DEL LAVORO INFERMIERISTICO NOTTURNO:

- ▶ l'ambiente di lavoro ha meno personale e meno procedure
- ▶ Fiducia e lavoro di squadra
- ▶ Autonomia nella presa di decisione e nel risolvere le criticità
- ▶ La sensazione di sentirsi sottovalutati da altri turni e dirigenti



zzz



BILANCIO TRA VITA-LAVORO



- ▶ Cambiamenti nei ruoli in casa dovuti al recupero del sonno durante il giorno
- ▶ Impatto sulla salute e sugli stili di vita
- ▶ Isolamento sociale

L'IMPATTO NEGATIVO DOVUTO ALLA PRIVAZIONE DA SONNO

- ▶ Preoccupazioni sulla sicurezza
- ▶ La fatica può incidere sulle decisioni e azioni dentro e fuori dall'ambiente di lavoro, come la somministrazione dei farmaci e la guida
- ▶ Strategie per combattere la privazione del sonno



RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

POLITICA

- Creare e promuovere un sistema che supporti "la giornata del riposo" per riprendersi dal turno notturno e riposare durante gli intervalli tra turni e dopo il turno di notte.
- Rivedere e sviluppare politiche e strutture organizzative per consentire agli infermieri del turno di notte di completare la formazione e altre competenze professionali durante il turno di notte.



(Grado A)

FORMAZIONE

- Educare gli infermieri sui rischi associati al "grave affaticamento" derivante dal lavoro notturno e sulle strategie di self-care che possono essere adottate per prevenire errori e infortuni.



(Grado A)

IMPLEMENTAZIONE

- Implementare iniziative per evitare la guida in stato di sonnolenza.
- Implementare un piano organizzativo di riduzione della stanchezza.



(Grado A)

Referenze

1. Weaver, S.H. Best Practice Information Sheet: The experiences and perceptions of nurses working night shift. JBI EBP Database. 2023; 25(1):1-4
2. Weaver SH, de Cordova PB, Vitale TR, Hargwood P, Salmond S. Experiences and perceptions of nurses working night shift: a qualitative systematic review. JBI Evid Synth. 2023; 21(1):33-97.

Ringraziamenti

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



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

Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Weaver, S.H. [Best Practice Information Sheet]: The experiences and perceptions of nurses working night shift. Translated by: Accettone R., Caggianelli G., Fiorini J., Sferazza S., Kusumam P. & D'Angelo D. JBI EBP Database. 2023; 2(14) LOTE



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

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

Copyright © 2023 JBI

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

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

SARA E MATTEO

Massimo D'Urso



I RAGAZZI AMANO L'INFERMIERISTICA: HAI VISTO QUANTI CONTATTI HA AVUTO L'ULTIMA INIZIATIVA DI OPI GIOVANI? NON SAREBBE ANDATA COSÌ BENE SE NON CI FOSSE INTERESSE!



Alcuni giorni dopo...



"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 Raffredati d'Italia (Ari). Evidentemente, ciò non vale per sigle ormai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - (ad es. Usa e non U.S.A.)

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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



L'OPI è 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)