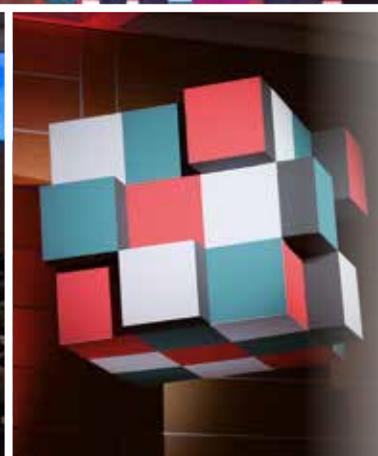


INFERMIERE

OGGI

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



La consapevolezza della nostra forza!



SOMMARIO

numero 1/2025 - Gennaio/Marzo



*La consapevolezza
della nostra forza!*

Opi Roma protagonista al terzo Congresso nazionale Inopi: un evento dai grandi numeri, con talk e ospiti che hanno partecipato alle diverse iniziative a Rimini.

La comunità infermieristica italiana, riunita lì a fine marzo, non ha dubbi: per governare la crescente complessità del sistema salute, bisogna affrontare in modo sistemico la questione infermieristica, configurare una professione con percorsi di crescita chiari e immaginare una realtà multidimensionale in cui l'evoluzione specialistica non è più rinviabile.

Gli iscritti all'Ordine capitolino sono pronti a dare il loro contributo per favorire la migliore risposta possibile ai bisogni di salute e, per farlo, attraverso il presidente Zega, hanno firmato un documento congiunto con gli Ordini dei Medici e dei Farmacisti romani per migliorare l'interlocuzione con la Regione. Un'operazione che ha già dato i suoi frutti, visto che il Governatore Rocca è intervenuto alla recente Assemblea degli iscritti.

Una sanità efficace richiede il pieno riconoscimento delle competenze professionali di tutte le figure coinvolte affinché non ci siano mai più scelte non condivise.



EDITORIALE

2_ *Scribo ergo sum
di Maurizio Zega*

4_ Effetto di un intervento educativo multimediale sulla percezione del rischio di caduta in pazienti con ipotensione ortostatica: uno studio pre-post test condotto in un'area medica
Federica Foglietti, Roberto Accettone, Irene Dello Iacono, Danilo Buglione, Arianna Anzini, Rocco Piroscia, Giulia Sortino, Francesca Zanini, Rita Patrizia Tomasin, Emanuela Colelli, Paola Battisti

12_ JBI Best Practice. Impatto degli interventi sanitari basati sui dispositivi mobili durante il periodo perinatale sugli esiti psicosociali materni

DAL CECRI

16_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

17_ Estratto delle Linee Guida sul buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non oncologico dell'adulto (quesiti 5-11)

25_ COMMENTARY al COCHRANE

DALL'ORDINE

27_ Assemblea degli iscritti OPI Roma

29_ Il Conto consuntivo



31_ Già un successo la seconda *tranche* di “OPI Cultura”

DALLA FNOPI

32_ Terzo Congresso nazionale
“Ragionare, costruire e decidere assieme”

34_ Entra in vigore il nuovo
Codice Deontologico

35_ Mostre, eventi, *talk*, *Cives*
e il Villaggio della simulazione

36_ Maurizio Zega vicepresidente
dell'*European Nursing Council*

37_ Giornata nazionale del personale sanitario
Nuovi modelli per valorizzare le professioni

DALLA REGIONE

38_ Medici, Infermieri e Farmacisti
“Insieme per il sistema sanitario”

39_ *Fast Care* in Pronto Soccorso:
partita la sperimentazione al Policlinico Tor Vergata

OPI DI BIBLIOTECA

41_ Un'ampia gamma di argomenti
per gli studenti di Infermieristica

PILLOLE LEGALI

42_ Il decreto milleproroghe e la nuova scadenza
per i crediti ECM relativi al triennio 2020-2023

44_ LA STRISCIA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'OPI di Roma
Anno XXXV - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2025
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990
ISSN 2037-4364

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

Direttore responsabile
Maurizio Zega

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

Comitato di redazione
Giuseppe Amici, Antonio Andreozzi, Lorella Calafato,
Nadia Marciano, Natascia Mazzitelli, Maria Grazia
Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco Scerbo,
Silvia Sferazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

Stampa
Idealgraf S.r.l.
via Sicilia 6 - 06012 Città di Castello (PG)
tel. 075/8511613
Progetto grafico e impaginazione: Ars Media Group srl
Copertina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepik.com
Finito di stampare: aprile 2025
Tiratura: 500 copie

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

INFERMIERE

OGGI

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

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

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

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



EDITORIALE

Scribo ergo sum

di Maurizio Zega



Quando tra 20 anni avremo sei milioni di ultraottantenni, come affronteremo la situazione? Se non abbiamo i flussi informativi noi non potremo mai "misurare". Come possiamo misurare? Con i LEA: è ora che si siano i LEA infermieristici, perché tutto quello che non si misura non può essere migliorato



Non è questa l'occasione per raccontare del Congresso della FNOPI che si è svolto a Rimini dal 20 al 22 marzo. Però non si possono tacere almeno tre cose: l'eccezionale affluenza, che ha visto – alla lettera – migliaia di colleghi seguire i lavori con evidente partecipazione; l'interesse alle molte iniziative collaterali sviluppate nei giorni del Congresso, anche queste massicciamente partecipate. E infine l'evidente attenzione del mondo delle Istituzioni ai nostri lavori, a partire dalla presenza del Ministro della Salute, Orazio Schillaci: abbiamo qualcosa da dire, a quanto pare, anche interessante. E che cosa abbiamo da dire?

- Che per governare la crescente complessità del Sistema salute, il Paese più anziano d'Europa deve affrontare in modo sistemico la questione infermieristica;
- che bisogna immaginare, per l'Infermieristica italiana, una realtà multidimensionale in cui l'evoluzione specialistica della professione non è più rinviabile;
- che occorre configurare una professione con percorsi di crescita molto chiari;
- che gli infermieri sono pronti a dare il loro contributo ad un processo di analisi per favorire la migliore risposta ai bisogni di salute: un processo che, riducendo sovrapposizioni ed evitando di adottare scelte non condivise, è condizione essenziale per la vita di tutto il Sistema salute.

Come, allora, partecipare con efficacia a questo processo di revisione? Per noi la strada è evidente: rafforzare e allargare la cultura infermieristica, uscendo una buona volta da quello stato di "nanismo" professionale che ci ha afflitto per troppi anni: è quanto già sta accadendo, e deve accadere sempre di più. (L'OPI di Roma, soprattutto con l'attività del Centro di Eccellenza CECRI su questo ha dato non poco).

Per esempio: secondo il Ministero della Salute, il 70% delle attività domiciliari ai pazienti oncologici sono svolte da infermieri. Ebbene, noi non abbiamo un dato su quali attività a domicilio siano state svolte per questi pazienti, così come non ce li abbiamo per tutta l'altra assistenza domiciliare. Perché tutti i flussi informativi sono solo clinici, medici: quello che si va a vedere è la patologia, ma non quello che si fa per la salute del cittadino. **NON ABBIAMO OUTCOME!!!**

E allora quando, tra venti anni, avremo sei milioni di ultraottantenni, come affronteremo la situazione? Se non abbiamo i flussi informativi noi non potremo mai "misurare". Come possiamo misurare? Con i LEA: è ora che ci siano i LEA infermieristici, perché tutto quello che non si misura non può essere migliorato.

Ed è quindi sempre più chiaro, cari colleghi, che si tratta di acquisire la consapevolezza dell'importanza del

“
Questa battaglia si
combatte soprattutto
con l'adozione di un
linguaggio standar-
dizzato, che consenta
di ascoltare anche la
nostra voce

”

ruolo della professione infermieristica, di uscire dalla minorità professionale, di uscire da quella immagine di lavoro “essenziale, umile e silenzioso” che tuttora circonda la professione: essenziale senz'altro, umile forse sì, perché l'approccio scientifico quando è davvero tale è sempre umile, ma silenzioso proprio no, non può essere, non deve esserlo, nell'interesse generale della collettività e della cittadinanza tutta.

Al contrario, dobbiamo parlare, cioè, scrivere: appropriandoci anche noi di quel “potere della penna” di cui parlava un vecchio Ministro della Sanità: facendolo non per chissà quale difesa corporativa ma nell'interesse di una risposta tridimensionale, adeguata e moderna ai problemi della salute che abbiamo di fronte.

Non è questa una strada facile o che non presenti difficoltà, lo sappiamo, di fronte a modelli organizzativi persistenti quanto obsoleti: questa battaglia si combatte soprattutto con l'adozione di un linguaggio standardizzato, che consenta di ascoltare anche la nostra voce. E per scendere nel concreto della nostra situazione romana e regionale, lo abbiamo chiesto al Presidente della Regione, Rocca, che ci ha fatto l'onore di essere presente alla nostra recente assemblea. Come mai il programma informatico che è in uso guarda caso in tutte le grandi strutture private del Lazio e d'Italia, e che noi abbiamo richiesto di adottare è rimasto lettera morta? Forse questo ha a che vedere con quel potere della penna che abbiamo ricordato?

Ora, lo stato della nostra interlocuzione con le istituzioni sanitarie della Regione è discreto, e ne abbiamo dato atto al Presidente, ma si deve fare di più. Come Ordine, noi abbiamo anche il compito di fiancheggiare il decisore pubblico attraverso il contributo della nostra conoscenza professionale. In questa logica, il Consiglio direttivo di OPI di Roma, persuaso che si debba il più possibile evitare di adottare scelte non condivise, ha promosso una riunione congiunta con i rispettivi Consigli degli Ordini dei Medici e dei Farmacisti romani.

I Consigli congiunti hanno approvato un documento comune e chiesto sulla base di questo (si può leggerlo sul sito di OPI Roma) un incontro con il Presidente della Regione. Vi si legge: “Una sanità efficace richiede il pieno riconoscimento delle competenze professionali di tutte le figure coinvolte, il medico come responsabile del processo clinico nei vari setting assistenziali, l'infermiere come responsabile del processo assistenziale, della continuità di cura ospedale/territorio e dell'empowerment del paziente, il farmacista come professionista del farmaco e presidio di salute sul territorio”. E ancora: “serve una revisione dell'intero assetto che rifletta questa realtà e favorisca l'integrazione operativa, evitando sovrapposizioni e valorizzando le specificità”.

Come è stato detto al Congresso di Rimini: **mai più scelte non condivise.**



Effetto di un intervento educativo multimediale sulla percezione del rischio di caduta in pazienti con ipotensione ortostatica: uno studio pre-post test condotto in un'area medica

Effect of a multimedia educational intervention on fall risk perception in patients with orthostatic hypotension: a pre-post test study in a medical area

Federica Foglietti, RN, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Roberto Accettone, RN, MSC, Incarico Organizzativo, Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Roma

Irene Dello Iacono, RN, MSN, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Daniilo Buglione, RN, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Arianna Anzini, RN, MAnth, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Rocco Piroscia, RN, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Giulia Sortino, RN, Gruppo Operatorio, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Francesca Zanini, RN, Incarico Organizzativo, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni Addolorata, Roma

Rita Patrizia Tomasin, RN, MSN, Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni Addolorata, Roma

Emanuela Colelli, RN, MSN, Docente a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Paola Battisti, Dirigente Medico, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Parole chiave

Ipotensione ortostatica, infermieristica, anziani, rischio di cadute, educazione multimediale

Keywords

Orthostatic Hypotension, nursing, elderly, risk fall, multimedia education

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione a livello globale ha comportato un aumento delle problematiche relative alla salute, richiedendo una maggiore attenzione delle politiche sanitarie in ambito geriatrico.

Tra le principali criticità emerge il problema delle cadute, spesso associate all'ipotensione ortostatica.

In questo contesto, **l'educazione sanitaria mirata rappresenta una strategia fondamentale per la prevenzione**. L'evoluzione tecnologica ha reso disponibili strumenti educativi digitali (come i video multimediali), che possono svolgere un ruolo-chiave nel promuovere consapevolezza e nell'incentivare l'adozione di comportamenti preventivi tra gli anziani, soprattutto in ambiti di particolare vulnerabilità, come la prevenzione delle cadute. Il presente studio si propone di valutare l'effetto di un intervento educativo multimediale nel migliorare la percezione del rischio di caduta nei pazienti con ipotensione ortostatica, rispetto ai metodi educativi tradizionali, all'interno di un reparto di Medicina.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio con disegno pre e post-test, in un campione di convenienza non probabilistico di 20 pazienti anziani con ipotensione ortostatica, ricoverati in un reparto di Medicina interna di un ospedale pubblico del centro Italia. Prima e dopo un intervento educativo basato su un video multimediale e per valutare l'impatto dell'intervento sulla percezione del rischio di caduta e sulla gestione di equilibrio e andatura, sono stati somministrati il *Fall Risk Questionnaire* (versione italiana validata) e la scala di Tinetti.

RISULTATI

L'intervento educativo multimediale ha migliorato la percezione del rischio di caduta mostrando una riduzione dei punteggi medi dal pre al post-test ($t = -7,59$, $p = 0.000$).

I risultati relativi all'equilibrio ed andatura hanno evidenziato un miglioramento significativo di equilibrio e andatura, indicando una riduzione del rischio di caduta ($t = -9,49$, $p = 0.000$).

CONCLUSIONI

I risultati dello studio hanno evidenziato come, in pazienti con ipotensione ortostatica, un intervento multimediale educativo ha avuto un effetto significativo nel migliorare la percezione del rischio caduta e, più ampiamente, sulla gestione e sulla prevenzione dello stesso.

Tuttavia, è necessaria la conduzione di ulteriori studi in ambito infermieristico per ampliare e consolidare le evidenze in tale settore, promuovendo l'adozione di strategie educative innovative nella pratica clinica.

ABSTRACT BACKGROUND

The progressive aging of the global population has led to an increase in health-related issues, requiring greater attention to geriatric healthcare policies. Among the main challenges, falls stand out, often associated with orthostatic hypotension. In this context, targeted health education represents a fundamental strategy for prevention. Technological advancements have made digital educational tools, such as multimedia videos, available, playing a key role in raising awareness and encouraging the adoption of preventive behaviors among older adults, particularly in vulnerable contexts like fall prevention. This study aims to evaluate the pri-

mary effect of a multimedia educational intervention in improving the perception of fall risk among patients with orthostatic hypotension compared to traditional educational methods, within an internal Medicine ward.

MATERIAL AND METHODS

A pre and post-test study design was conducted with a non-probabilistic convenience sample of 20 elderly patients with orthostatic hypotension admitted to an Internal Medicine ward in a public hospital in central Italy. Before and after the intervention, which consisted of a multimedia video-based education session, the Fall Risk Questionnaire (validated Italian version) and the Tinetti scale were administered to assess the impact of the intervention on fall risk perception and the management of balance and gait.

RESULTS

The multimedia educational intervention improved the perception of fall risk, showing a significant reduction in mean scores from pre to post-test ($t = -7.59$, $p = 0.000$). Results related to balance and gait demonstrated significant improvements, indicating a reduced fall risk ($t = -9.49$, $p = 0.000$).

CONCLUSIONS

The study results highlighted that a multimedia educational intervention for patients with orthostatic hypotension had a significant effect on improving fall risk perception and, more broadly, on the management and prevention of fall risk.

However, further nursing studies are needed to expand and consolidate evidence in this field, promoting the adoption of innovative educational strategies in clinical practice.

INTRODUZIONE

Uno dei principali problemi di salute a livello globale è rappresentato dal fenomeno dell'invecchiamento¹.

Tra le problematiche più significative a esso legate vi sono le cadute, definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come: *“eventi in cui la persona può pervenire inavvertitamente a terra, sul pavimento o altro livello inferiore, escludendo un cambiamento intenzionale di posizione per appoggiarsi su mobili, pareti o altri oggetti”*².

Tali eventi rappresentano un'importante sfida per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a causa delle gravi conseguenze che essi comportano, impattando negativamente su *outcome* clinici dei pazienti come: morbidità, mortalità³, qualità della vita e costi sanitari^{4,5}.

A livello internazionale, si stima che il 28-35% dei 65enni e il 32-42% di quelle con più di 70 anni sperimentino almeno una caduta ogni anno⁵.

Dati italiani recenti confermano un quadro simile⁶.

Nel contesto ospedaliero, le cadute interessano il 30-50% della popolazione anziana, con un 40% di pazienti soggetti a cadute ricorrenti⁵, evidenziando l'urgenza di strategie efficaci per prevenire tali eventi.

Tra le principali cause di cadute negli anziani vi è l'ipotensione ortostatica, una condizione patologica, caratterizzata da una riduzione della pressione arteriosa durante il passaggio alla posizione eretta, che vanta un'incidenza del 10-30% in questa popolazione⁷ e una prevalenza che raggiunge il 75%, soprattutto nei reparti di Medicina⁸. La letteratura dimostra la presenza di una correlazione significativa tra l'ipotensione ortostatica e il rischio di cadute, sottolineando come una rilevazione precoce di questa condizione possa prevenire eventi

avversi e ottimizzare il percorso clinico dei pazienti⁹.

La prevenzione delle cadute è un aspetto cruciale per i sistemi sanitari, in quanto la riduzione del loro rischio rappresenta un indicatore fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria¹⁰.

La natura prevedibile delle cadute, unita alla possibilità di identificarne il rischio attraverso strumenti specifici, consente agli operatori sanitari di promuovere interventi mirati e adottare strategie efficaci di prevenzione¹¹.

In questo contesto, **gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'educazione sanitaria, promuovendo la consapevolezza dei pazienti, migliorando l'aderenza alla terapia e favorendo comportamenti preventivi**^{12,13}.

Tuttavia, per affrontare in modo efficace le complessità associate alla popolazione anziana, è necessario integrare le strategie educative tradizionali con approcci innovativi e tecnologici.

Gli strumenti educativi multimediali (video didattici e *app* interattive), rappresentano un'opportunità promettente per coinvolgere attivamente i pazienti, rendendo le informazioni più accessibili e stimolando l'adozione di misure preventive^{14,15,16,17,18}.

La letteratura internazionale evidenzia che interventi educativi multimediali possono migliorare significativamente la consapevolezza del rischio e promuovere comportamenti corretti per la prevenzione delle cadute^{19,20,21}. Ad esempio, l'uso combinato di metodi tradizionali e multimediali si è dimostrato particolarmente efficace nel migliorare il *self-assessment* e l'interiorizzazione di misure preventive da parte degli anziani^{20,21}. Tuttavia, nonostante l'efficacia dimostrata di questi strumenti, il loro utilizzo rimane poco esplorato in

Italia.

Attualmente, mancano studi che abbiano valutato l'impatto di interventi educativi multimediali sulla percezione e gestione del rischio di caduta nei pazienti ospedalizzati con ipotensione ortostatica, lasciando una significativa lacuna nella ricerca infermieristica nazionale.

Attraverso questo saggio si cerca di colmare questa lacuna, ipotizzando che l'uso di un intervento educativo multimediale, sotto forma di video informativo, possa migliorare la consapevolezza del rischio di caduta nei pazienti anziani con ipotensione ortostatica.

Si prevede che una maggiore consapevolezza promuova comportamenti più sicuri, con conseguente miglioramento dell'equilibrio e della deambulazione, riducendo così il rischio di caduta.

In particolare, gli obiettivi dello studio includono: l'analisi dei cambiamenti nella consapevolezza del rischio tramite il *Fall Risk Questionnaire* (FRQ), la valutazione dell'impatto dell'intervento sull'equilibrio e sulla deambulazione attraverso la scala di Tinetti (*Performance-Oriented Mobility Assessment*, POMA) e l'esplorazione del potenziale di strumenti multimediali per integrare e potenziare le strategie educative tradizionali.

STRUMENTI E METODI

Disegno e studio

Si tratta di uno studio di intervento pre-sperimentale, pre-post test, a gruppo singolo, condotto su un campione di convenienza.

Campionamento e *setting*

Per l'occasione, sono stati arruolati 20 pazienti, selezionati attraverso un campionamento di convenienza di un reparto di Medicina interna di un ospedale pubblico del centro Italia.

Sono stati inclusi pazienti con età pari o superiore a 65 anni, una diagnosi confermata di ipotensione ortostatica, capaci di deambulare - con o senza l'aiuto di dispositivi - e di mantenere una stazione eretta, con una buona conoscenza della lingua italiana (sia scritta che parlata) e disponibili a fornire il proprio consenso informato a partecipare allo studio.

Sono stati esclusi i pazienti con gravi difficoltà motorie, con *deficit* cognitivi, sensoriali o affetti da patologie psichiatriche.

Raccolta dati

La raccolta dei dati è avvenuta nel periodo giugno-settembre 2024, in un reparto di Area Medica di un ospedale pubblico del centro Italia. Un assistente di ricerca infermiere, formato sul protocollo dello studio e sull'utilizzo della scala di Tinetti (POMA), ha identificato i potenziali partecipanti, spiegato loro gli obiettivi dello studio, ottenuto il consenso informato e somministrato gli strumenti di valutazione, seguendo le procedure standardizzate per garantire affidabilità e accuratezza dei dati. Attraverso la consultazione delle cartelle cliniche, sono stati raccolti quelli sulle caratteristiche socio-demografiche (età e sesso) e cliniche (storia passata di cadute, anamnesi attuale e remota) dei pazienti. I dati relativi alla percezione del rischio di caduta dei pazienti e il loro equilibrio e andatura sono stati raccolti in due tempi: Fase 1 (pre-intervento) e Fase 3 (post-intervento).

L'indagine è stata strutturata nelle seguenti tre fasi:

1) Fase 1 (pre-test)

In questa Fase sono stati somministrati ai pazienti due strumenti in sequenza: il *Fall Risk Questionnaire*, per valutare la percezione del rischio di caduta, e la scala Tinetti, per misurare equilibrio e andatura. Ai partecipanti è stato garantito tut-

to il tempo necessario per completare entrambi gli strumenti, senza alcuna restrizione temporale.

2) Fase 2 (intervento)

Nella Fase 2 è stato introdotto un intervento educativo multimediale. Utilizzando un *tablet*, il paziente ha potuto visionare ripetutamente un cortometraggio educativo digitale contenente informative specifiche sull'ipotensione ortostatica e sui rischi di caduta associati.

Il materiale multimediale comprendeva una combinazione di *video tutorial*, animazioni digitali esplicative, illustrazioni didattiche e didascalie accompagnate da contenuti audio. Durante questa Fase, il paziente è stato informato e addestrato sulla gestione dell'ipotensione ortostatica e ha avuto modo di mettere in pratica le conoscenze acquisite.

3) Fase 3 (post-test)

Nella Fase 3, al termine dell'intervento educativo multimediale, i pazienti sono stati nuovamente valutati mediante la somministrazione dei due strumenti, il FRQ e la scala di POMA, seguendo la stessa sequenza e le medesime modalità utilizzate nella Fase 1.

Strumenti

La raccolta dei dati ha visto l'utilizzo dei seguenti strumenti:

Fall Risk Questionnaire

Il *Fall Risk Questionnaire*²² è un questionario strutturato di *self-assessment*, utilizzato per misurare la percezione del rischio di caduta tra i partecipanti.

Lo strumento è costituito da 12 *item*, ognuno dei quali corrisponde a fattori di rischio; ogni *item* affermazione è espresso sotto forma di domanda a cui equivale una specifica descrizione²².

Al questionario è possibile rispondere cercando, per ogni affermazione, il Sì o il No in relazione alla presenza o all'assenza del fattore di rischio corrispondente. Inoltre, a

tutte le risposte affermative viene attribuito un punto, ad eccezione delle prime due alle quali vengono, invece, assegnati due punti. Queste, a cui viene attribuito un peso maggiore, si riferiscono l'una ad una storia pregressa di cadute nel corso dell'ultimo anno, l'altra all'impiego di ausili per la deambulazione nella *routine* quotidiana²². Tutte le risposte negative, invece, hanno una valenza di 0 punti.

Il punteggio totale varia da un minimo di 0 a un massimo di 14 punti, con un *cut-off* di riferimento per identificare una persona a rischio di cadute pari a 4²².

Lo strumento è stato testato e validato in lingua italiana, dimostrando una buona validità (S-CVI= 0.97; S-CVI/UA= 0.92) e affidabilità²².

Il suo essere di agevole e scorrevole compilazione, ne favorisce l'utilizzo nella popolazione anziana. *Scala Tinetti (POMA-Performance Oriented Mobility Assessment)*

La Scala Tinetti²³ è uno strumento che misura il rischio di caduta di un individuo, con particolare attenzione all'equilibrio e all'andatura. La scala si compone di due distinte sezioni: equilibrio ed andatura.

Ciascuna sezione prevede *item* specifici a cui viene assegnato un punteggio da 0 a 2. Il punteggio più basso (0) indica "grave compromissione", mentre il punteggio più alto (2) riflette un grado di "indipendenza"²⁴.

La prima sezione, dedicata all'equilibrio, ha un punteggio massimo di 16 punti, mentre la seconda, relativa all'andatura, può raggiungere un punteggio massimo di 12 punti. Il punteggio complessivo si ottiene sommando i punteggi delle due sezioni, con un valore minimo di 0 e un massimo di 28 punti²⁴.

In base al punteggio complessivo, il rischio di caduta si suddivide in tre categorie: *Soggetto non deambulante* (punteggio uguale o infe-

riore ad 1); *Soggetto deambulante a rischio di caduta* (punteggio tra 2 e 19) e *Soggetto deambulante a basso rischio di caduta* (punteggio uguale o superiore a 20²⁵).

Lo strumento è largamente impiegato in diversi setting assistenziali, trovando una vasta applicazione soprattutto nella popolazione anziana.

La scala può essere somministrata sia a persone senza *deficit* cognitivi sia a individui con forme neurodegenerative lievi o moderate, dimostrandosi uno strumento versatile per l'identificazione del rischio di caduta²⁴.

La scala è stata introdotta da Tinetti nel 1986; la versione italiana utilizzata è quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia²⁵.

Descrizione dello strumento educativo multimediale

Lo strumento educativo multimediale utilizzato per l'intervento è stato un cortometraggio digitale, progettato per fornire informazioni e favorire l'apprendimento di comportamenti pratici nella gestione dell'ipotensione ortostatica. Il contenuto, appositamente creato per l'indagine, integra *video tutorial*, animazioni digitali, didascalie e audio narrativi, con l'obiettivo di combinare efficacia educativa e semplicità d'uso. Il contenuto è disponibile su *link*²⁶.

Struttura del cortometraggio

Il filmato è suddiviso in due macroaree principali: la *sezione informativa*, che presenta una serie di diapositive audiovisive allo scopo di spiegare in modo chiaro e sintetico l'ipotensione ortostatica, i sintomi associati e il rischio di caduta correlato e la *sezione tutorial pratica*, che ha incluso i video che hanno illustrato comportamenti e strategie pratiche da adottare nella routine quotidiana per gestire la condizione.

Processo di creazione del corto-

metraggio

Il processo di creazione del cortometraggio si è sviluppato in tre fasi: *pre-produzione*, in cui è avvenuta la pianificazione del contenuto, la definizione della struttura narrativa e la scelta del formato; *produzione*, in cui sono avvenute le riprese video effettuate con una *GoPro Hero 7 Black* e registrazioni audio tramite uno *smartphone* e *post-produzione*, in cui è avvenuto il montaggio video, integrazione di effetti visivi e sonori, aggiunta di *voice-over*, didascalie in italiano e una melodia strumentale per migliorare l'esperienza educativa.

Caratteristiche tecniche

La durata del cortometraggio è stata di 3 minuti e 47 secondi. I *software* utilizzati sono stati *Canva* per l'editing grafico delle diapositive e *MAGIX Video Deluxe 2025 Premium* per il montaggio video e l'elaborazione audio.

I contenuti si basano sulle indicazioni fornite dalla brochure "Ipotensione ortostatica o posturale cos'è e come gestirla" della Regione Lazio, presente sul sito SaluteLazio.it. Essa offre informazioni dettagliate sui sintomi, le cause e le strategie di gestione dell'ipotensione ortostatica tra cui: alzarsi lentamente, eseguire esercizi specifici, mantenere un'adeguata idratazione²⁷.

Prima dell'utilizzo, il video è stato sottoposto alla visione di medici e infermieri, compresi i responsabili dell'Unità operativa coinvolta nello studio. Il loro *feedback* positivo ha confermato la chiarezza, la qualità e la rilevanza educativa dello strumento.

Analisi dei dati

L'analisi statistica è stata preceduta da un processo di verifica e pulizia dei dati durante il quale sono state esaminate le distribuzioni di frequenza di ciascuna variabile per individuare eventuali dati mancanti, errori, *outlier* e per valutare la

normalità delle distribuzioni.

La normalità della distribuzione è stata verificata attraverso il test di Shapiro-Wilk. Inoltre, sono state calcolate l'asimmetria (*skewness*) e la curtosi (*kurtosis*), tenendo conto di criteri prestabiliti, ad esempio: tra -1 e +1.

Le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti sono state descritte mediante misure di tendenza centrale e di dispersione, selezionate in base alla tipologia di variabile: media e deviazione standard per le variabili continue a distribuzione normale.

Per il confronto delle medie pre e post intervento, è stato utilizzato il t test per campioni appaiati. I dati sono stati inseriti in un foglio di calcolo *Microsoft Excel* e successivamente esportati per l'analisi mediante il *software* statistico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versione 26.0). La significatività statistica è stata fissata a un valore di $p < 0.05$.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato approvato dall'*Institutional Review Board* interno (protocollo n. #0013330/24) e condotto in conformità ai principi etici sanciti dalla Dichiarazione di Helsinki. Le procedure dello studio e la gestione dei dati sono state eseguite in conformità al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR).

Prima di essere inclusi nello studio, i partecipanti hanno fornito il proprio consenso informato scritto, nel quale erano dettagliate le finalità del progetto, le modalità di partecipazione e gli strumenti utilizzati. Inoltre, gli è stato garantito il diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover fornire spiegazioni e senza alcuna conseguenza. Tutti i dati raccolti sono stati anonimizzati mediante l'assegnazione di un codice identificativo numerico e analizzati in forma

Strumenti	Pre-test M (DS)	Post-test M (DS)	t	p value
FRQ	7.50 ± 2.63	5.60 ± 2.01	-7.59	0.000
Scala Tinetti (POMA)	13.45 ± 6.64	20.25 ± 7.48	-9.49	0.000

Note: M, media; DS, deviazione standard, N, numero.

Tabella 1 - Confronto tra la percezione del rischio di caduta e il rischio caduta del campione (N=20) pre-test e post-test

aggregata. Nessuna informazione personale sarà condivisa con terze parti, a garanzia della *privacy* dei partecipanti.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Lo studio ha arruolato un totale di 20 pazienti, con un'età media di 81(± 8.60) anni e una prevalenza di appartenenti al genere femminile (75%).

Confronto tra la percezione del rischio di caduta e il rischio caduta.

La percezione del rischio di caduta ha mostrato una riduzione significativa nei punteggi medi tra il pre-test e il post-test.

Nel pre-test il punteggio medio era di 7.5 (± 2.63), mentre nel post-test era di 5.60 (± 2.01). Il Test t per campioni appaiati ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra i punteggi del pre e post-test con valori più bassi nel post-test (t = -7,59; p = 0.000), indicando una diminuzione della percezione del rischio di caduta dopo l'intervento educativo multimediale. La **tabella 1** fornisce una sintesi del confronto tra la percezione del rischio pre-test e post-test.

L'equilibrio e l'andatura hanno mostrato un aumento significativo nei punteggi medi tra il pre-test e il post-test. Nel pre-test, il punteggio medio è stato di 13.45 (± 6.64) mentre nel post-test era di 20.3 (± 7.48). Il Test t per campio-

ni appaiati ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra i punteggi del pre e post-test con valori più alti nel post-test (t = -9,49, p = 0.000), indicando un aumento dell'equilibrio e dell'andatura dopo l'intervento educativo multimediale.

DISCUSSIONE

Lo studio si è proposto di valutare l'effetto di un intervento educativo multimediale sulla percezione del rischio di caduta nei pazienti anziani con ipotensione ortostatica. Inoltre, mirava a verificare se l'intervento fosse in grado di influire positivamente sull'adozione di misure comportamentali utili a ridurre il rischio di cadute, analizzando i cambiamenti nell'equilibrio e nell'andatura.

I risultati ottenuti con il FRQ hanno mostrato una significativa riduzione del punteggio medio tra il pre (M= 7.5 ± 2.63) e il post-test (M= 5.6 ± 2.01), suggerendo che l'intervento ha contribuito ad accrescere la consapevolezza dei partecipanti riguardo ai fattori di rischio di caduta e a favorire l'acquisizione di comportamenti preventivi. Sebbene il punteggio medio del post-test rimanesse sopra la *cut-off* indicativo di rischio (≥4), la riduzione complessiva segnala un miglioramento nella gestione dei fattori di rischio.

Questo cambiamento positivo può

essere attribuito all'effetto del video multimediale, che ha aumentato la percezione della vulnerabilità individuale alle cadute e incoraggiato i pazienti a mettere in atto misure preventive.

Parallelamente, l'uso della scala di POMA (utilizzata per valutare equilibrio e deambulazione) ha mostrato un incremento significativo del punteggio medio, evidenziando un miglioramento della stabilità e una riduzione del rischio di caduta.

Questo studio ha mostrato che l'intervento educativo multimediale non solo ha contribuito a una maggiore consapevolezza e percezione del rischio, ma ha anche promosso comportamenti proattivi volti alla gestione dei fattori di rischio.

I risultati, dunque, si allineano con le evidenze precedenti, che sottolineano l'efficacia dei contenuti audiovisivi nell'educazione sanitaria tra gli anziani²¹. In particolare, il FRQ ha facilitato una maggiore comprensione dei fattori di rischio quotidiani, promuovendo una partecipazione più attiva nella prevenzione delle cadute²².

Il presente studio ha confermato che strumenti multimediali, come i video educativi, possono essere utilizzati per supportare i processi educativi, rendendo le informazioni più accessibili e di facile memorizzazione grazie a stimolazioni sensoriali multiple (visive, uditive, tattili)¹⁴.

Questo approccio si è rivelato efficace anche nei pazienti con bassi livelli di scolarizzazione, consentendo loro di acquisire conoscenze utili e applicabili nella vita quotidiana²⁸. Tuttavia, la letteratura sottolinea che tali interventi dovrebbero integrarsi con metodi educativi tradizionali per massimizzare l'efficacia².

CONCLUSIONI

Lo studio, condotto su pazienti con

ipotensione ortostatica ricoverati in un reparto di Area Medica, ha evidenziato come l'intervento educativo multimediale abbia prodotto effetti positivi sia nell'aumentare l'autoconsapevolezza e la percezione del rischio di caduta, sia nel riconoscere e ridurre i fattori di rischio correlati.

Inoltre, ha promosso comportamenti adeguati e mirati alla gestione efficace del rischio, contribuendo a contenere e prevenire le cadute.

I risultati offrono un contributo significativo alla prevenzione delle cadute nella popolazione anziana.

L'utilizzo di strumenti educativi multimediali, semplici e immediati, rappresenta un'alternativa valida per coinvolgere attivamente i pazienti, stimolandoli nell'interiorizzazione e nell'attuazione di misure preventive.

I dati raccolti hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo non solo nella percezione del rischio di caduta, ma anche nella promozione di comportamen-

ti corretti e preventivi, con una conseguente riduzione del rischio potenziale.

Implicazioni per la pratica clinica

I risultati di questo studio evidenziano l'importanza di integrare strumenti multimediali nei programmi educativi destinati agli infermieri, al fine di migliorare la prevenzione e gestione del rischio di caduta nella popolazione anziana. Gli infermieri, attraverso l'uso di queste risorse, possono acquisire competenze aggiornate e promuovere interventi educativi più efficaci per i pazienti e i *caregiver*.

LIMITI

Nonostante i risultati incoraggianti, lo studio presenta alcune limitazioni che ne riducono la generalizzabilità. Le dimensioni ridotte del campione, limitato a un singolo reparto di Area Medica, non consentono di estendere i risultati ad altre popolazioni.

Inoltre, a causa della sua esiguità, non è stata condotta un'analisi formale della potenza statistica.

L'assenza di randomizzazione e di un gruppo di controllo non consente di stabilire con certezza un nesso causale tra l'intervento e i miglioramenti osservati.

Inoltre, il breve periodo di *follow-up* non ha permesso di valutare gli effetti a lungo termine dell'intervento educativo multimediale.

Un ulteriore limite riguarda l'assenza di considerazioni sull'influenza di fattori esterni, come il supporto familiare o la presenza di comorbidità, che potrebbero aver inciso sulla percezione del rischio e sull'adozione di misure preventive. Studi futuri dovrebbero includere un campione più ampio e diversificato, utilizzare un disegno RCT e prevedere un *follow-up* a lungo termine per valutare l'efficacia dell'intervento in modo più approfondito.

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



Bibliografia

1. World Health Organization-WHO, Ageing and health [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. World Health Organization-WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. 2007. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43811/9789241563536_ita.pdf?sequence=23&isAllowed=y
3. Cameron I.D, Dyer S.M, Panagoda C.E, Murray G.R, Hill K.D, Cumming R.G et al, Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Library [Internet]. 2018 Sep 7;2020(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191554/>
4. World Health Organization-WHO, Falls [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. EpiCentro. I dati per l'Italia cadute. Impatto per la salute. Cadute tra gli anziani [Internet]. Istituto superiore di Sanità. EpiCentro. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/cadute#impatto>
6. EpiCentro. I dati per l'Italia cadute. Dati nazionali cadute, periodo 2022-2023. [Internet]. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/cadute#dati>
7. EpiCentro. Le cadute negli anziani [Internet]. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani>
8. Curcio F, Chiappetti R, De Furio M, Flocco V, Della Morte D, Testa G et al, Chronic kidney disease and orthostatic hypotension in hospitalised older adults. *Blood Pressure*. 2024;33(1).
9. Hohtari-Kivimäki U, Salminen M, Vahlberg T, Kivelä S.L, Orthostatic Hypotension is a Risk Factor for Falls Among Older Adults: 3-Year Follow-Up. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021;22(11):2325–30.
10. Joint Commission International, Gli standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali. IV Ed. Milano: Progea; 2011.
11. Ministero della Salute, (2011), Raccomandazione n.13. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf
12. Campolunghi G, Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia. *Fnopi. L'Infermiere*. 2019;(2):6–11.
13. Soylemez B.A, Ozkaya B, Nursing Perspective for Older Patient with Orthostatic Hypotension. In: Springer eBooks [Internet]. 2020. p. 97–104. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-62493-4_10
14. De Moura Sá G.G, Silva F.L, Santos A.M.R.D, Nolêto J.D.S, De Oliveira Gouveia M.T, Nogueira L.T, Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2019;27.
15. Apuzzo L, Pandolfi D, Martini L, L'infermiere e la Teleassistenza. Una Revisione narrativa della letteratura. *Infermiere Oggi*. 2022;(1):4–14.
16. Raccomandazione (UE) 2019/243. Raccomandazione (UE) 2019/243 della commissione del 6 febbraio 2019 su un formato di scambio di cartelle cliniche elettroniche europee. [Internet] *Gazzetta ufficiale dell'unione europea*, GU L 39 del 11.2.2019, p. 18–27. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2019/243/oj>
17. Dipartimento per la trasformazione digitale, Sanità digitale-Le iniziative per un sistema più moderno, digitale e inclusivo. [Internet]. 2023. Available from: <https://innovazione.gov.it/italia-digitale-2026/il-piano/sanita-digitale/>
18. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Sanità digitale: il position FNOPI. [Internet]. FNOPI. 2023. Available from: <https://fnopi.it/aree-tematiche/position-sanita-digitale/>
19. De Moura Sá G.G, Santos A.M.R.D, Neto N.M.G, De Carvalho K.M, Feitosa C.D.A, Mendes P.N, Building and validating an educational video for elderly individuals about fall risks. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2020;73 (suppl 3).
20. Nasiri S, Daneshvar S, Emami H, Nasiri F, Batebi D, Bahrambeygi F, The effectiveness of multimedia education on patients' knowledge and behavior on fall prevention. *Journal of Preventive Diagnostic and Treatment Strategies in Medicine*. 2023;2(1):33–8.
21. De Moura Sá G.G, Santos A.M.R.D, De Carvalho K.M, Neto N.M.G, De Oliveira Gouveia M.T, Andrade E.M.L.R, Effectiveness of an educational video in older adults' perception about falling risks: a randomized clinical trial. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. 2022;56.
22. Caldara C, Dell'Aquila R, Pacchiani S, Maestrini S, Pellegrini R, Casati M et al, L'autovalutazione del rischio di caduta: validazione italiana del Fall Risk Questionnaire [FRQ]. *L'Infermiere*. 2019;56(1):e1–e9.
23. Tinetti M.E, Performance Oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1986;34(2):119–26.
24. Scura D, Munakomi S, Tinetti Gait and Balance Test. *StatPearls*. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing. 2022.
25. Regione Emilia Romagna. Strumenti per la valutazione del paziente demente. [Internet]. 2000. Available from: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/materiale-informativo/archivio/manuali/201cstrumenti-per-la-valutazione-del-paziente-afetto-da-demenza>
26. Federica Foglietti, Ipotensione ortostatica e Cadute [Internet]. YouTube. 2024. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=s2J32gjEmA>
27. Centro Regionale Rischio Clinico, Ipotensione ortostatica o posturale. Cos'è e come gestirla. [Brochure]. 2017.
28. Wang S, Lee D, Lee Y, Chang Y, Chu I, Effects of multimedia based fall prevention education on the knowledge, attitudes, or behaviors of patients. *Japan Journal of Nursing Science*. 2021;19(2).

Impatto degli interventi sanitari basati sui dispositivi mobili durante il periodo perinatale sugli esiti psicosociali materni

Raccomandazioni*

- Gli interventi educativi basati sui dispositivi mobili che mirano specificamente alla depressione postpartum o all'umore perinatale dovrebbero essere forniti alle madri durante il periodo perinatale. **(Grado A)**
- Gli interventi educativi basati sui dispositivi mobili mirati al comportamento postnatale possono migliorare i sentimenti di supporto sociale se forniti alle madri nel periodo postpartum. **(Grado B)**

*Si prega di fare riferimento ai: Gradi di Raccomandazione JBI.

Fonte informativa

Questa scheda riassuntiva sulle migliori evidenze scientifiche è stata pubblicata nel JBI EBP Database.¹ La scheda riassuntiva originale sulle evidenze scientifiche è una sintesi derivata da una revisione sistematica pubblicata nel 2020 nel JBI Evidence Synthesis.²

Background

Durante il periodo perinatale, le future madri affrontano sfide fisiche, emotive e sociali. È un periodo di apprendimento significativo, e i dati mostrano che le future madri cercano informazioni online per supportare le loro esigenze di apprendimento e di supporto sociale. I dispositivi sanitari mobili (mHealth), un sottoinsieme della salute elettronica (eHealth), include l'uso di applicazioni per dispositivi mobili (app), messaggi di testo e telemedicina per trasmettere contenuti e servizi sanitari. La diffusione capillare dei telefoni cellulari ha contribuito notevolmente alla popolarità degli interventi di mHealth e all'uso di interventi educativi di mHealth per supportare le donne durante il loro periodo perinatale. La mHealth può avere un impatto positivo sugli esiti psicosociali della salute materna, come autoefficacia, il supporto sociale, l'ansia e la depressione

Obiettivi

Lo scopo è quello di presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi educativi mHealth rivolti alle madri durante il periodo perinatale, con un focus sugli esiti psicosociali materni nei paesi ad alto reddito.

Tipi di intervento

La revisione sistematica ha considerato studi che valutavano interventi educativi che utilizzavano una componente mHealth ed erano rivolti alle madri durante il periodo prenatale o postnatale (tra la nascita e le sei settimane postnatali, ma che potevano estendersi oltre questo periodo per l'implementazione). Sono stati considerati solo paesi ad alto reddito. Le popolazioni di rifugiati sono state escluse a causa dei fattori confondenti che potrebbero influenzare la loro esperienza durante il periodo perinatale, nonostante vivano in paesi ad alto reddito. Gli interventi includevano quelli forniti tramite telefoni cellulari, smartphone o tablet, e potevano avvenire attraverso chiamate telefoniche, videochiamate, messaggi di testo, applicazioni mobili e/o telemedicina, che venivano confrontati con qualsiasi

controllo, inclusa la cura abituale, il placebo o nessun trattamento.

La componente mHealth doveva essere l'aspetto principale dell'intervento, escludendo gli interventi in cui la componente mHealth faceva parte di un intervento multifattoriale, ad esempio una chiamata di consulenza o messaggi di testo per promemoria di appuntamenti o contenuti.

Qualità della ricerca

Gli studi inclusi sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando strumenti standardizzati di valutazione critica JBI per studi sperimentali e quasi-sperimentali. Gli studi comprendevano 10 trial randomizzati controllati (RCT) e 11 studi quasi-sperimentali non randomizzati. La qualità metodologica variava da moderata a molto alta, con gli studi non randomizzati valutati come elevati per causa ed effetto, misurazioni multiple degli esiti, misurazione degli esiti e analisi statistica appropriata. Tuttavia, per gli RCT è stata identificata una criticità metodologica relativa alla cecità del trattamento per i partecipanti, i fornitori e i valutatori degli esiti.

Risultati

Tutti gli studi inclusi hanno valutato la salute psicosociale materna durante il periodo perinatale; nove si sono concentrati sul periodo prenatale, 10 sul periodo postnatale, uno su entrambi e uno non era chiaro in termini di tempistica. In totale, sono state incluse 2.060 donne in gravidanza o nel postpartum recente, campionate dalla comunità, e gli studi sono stati condotti negli Stati Uniti, in Australia, Oman, Italia, Israele, Canada, Hong Kong, Singapore e Giappone. La durata degli interventi variava da quattro settimane a sei mesi e includeva (ma non si limitava a): cessazione del fumo, diabete gestazionale, umore perinatale (inclusi depressione, ansia e stress), attività fisica, allattamento al seno, transizione dall'unità di terapia intensiva neonatale, massaggio perinatale, paura del parto e cura del neonato; ciascuno con un approccio mHealth. Questi interventi includevano messaggi di testo, applicazioni mobili, chiamate telefoniche, telemedicina e accesso a internet tramite telefono cellulare.

L'esito più comunemente riportato è stato la depressione postpartum. La certezza dei risultati è stata presentata

Impatto degli interventi sanitari basati sui dispositivi mobili durante il periodo perinatale sugli esiti psicosociali materni

utilizzando un approccio modificato di Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) e variava da moderata a molto bassa.

Depressione Postpartum

Dodici studi hanno esaminato la depressione postpartum: otto studi hanno utilizzato la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), due studi hanno impiegato la Center for Epidemiological Studies Depression Scale, mentre ogni singolo studio ha utilizzato rispettivamente il Beck Depression Inventory II (BDI-II), la Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) - sottoscala della depressione e il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). È stata condotta una meta-analisi solo per gli studi che utilizzavano l'EPDS (n=5) a causa dell'eterogeneità nella misurazione negli altri studi; gli interventi includevano applicazioni mobili, supporto tra pari tramite telefono e messaggi di testo. Evidenze di qualità moderata hanno mostrato che le madri che hanno ricevuto un intervento di mHealth mirato alla depressione postpartum (con esiti misurati tra le quattro e le sette settimane, otto e 14 settimane, o quattro e 14 settimane) hanno registrato un punteggio inferiore sulla EPDS post-intervento (odds ratio [OR] -6.01; 95% confidence interval [CI] -8.34, -3.67; $p < 0.00001$). Tuttavia, l'analisi di sottogruppo che confrontava i punteggi EPDS tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo in un periodo da tre a sei settimane post-intervento non ha mostrato differenze significative (n=2, OR -2.12; 95%CI -4.82, 0.58; $p = 0.12$), tuttavia questo risultato deve essere interpretato con cautela poiché solo due studi sono stati inclusi in questa analisi. Altri studi non inclusi nella meta-analisi hanno riportato risultati contrastanti.

Autoefficacia

Dieci studi hanno esaminato l'autoefficacia e, a causa dell'eterogeneità, non è stata condotta una meta-analisi per questo outcome. L'autoefficacia è stata misurata utilizzando differenti strumenti, tra cui il Childbirth Self-Efficacy Inventory, la Parenting Self-Efficacy Scale, la Coping Self-Efficacy Scale, la Parenting Sense of Competence Scale, la Breastfeeding Self-Efficacy Scale, la Self-Efficacy Scale derivante dal the Life-Span Perspective (versione giapponese), la Self-Efficacy for Physical Activity, una versione rivisitata della Diabetes Management Self-Efficacy Scale e una versione modificata della Attitude-Social Influence-Efficacy Model. I risultati hanno mostrato un grado di certezza molto bassa, con evidenze contrastanti sull'efficacia; quattro studi hanno riportato un impatto positivo sull'autoefficacia, mentre sei studi non hanno trovato alcuna differenza.

Supporto sociale

Sei studi hanno esaminato il supporto sociale, con risultati contrastanti sull'efficacia (benefici e nessun cambiamento) tra gli studi. Il supporto sociale è stato misurato utilizzando strumenti diversi in ogni studio: la Social Provisions Scale; Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS); Social Support for Parenting scale; Social Support and Exercise Survey—sottoscala famiglia e amici; e due studi hanno utilizzato domande specifiche.

Anche in questo caso, i risultati presentavano un grado di certezza molto bassa, con due studi che hanno riportato un impatto positivo significativo sul supporto sociale, due studi che hanno mostrato risultati contrastanti, uno che non ha trovato differenze e il sesto che non ha evidenziato differenze significative. Quando sono stati considerati i comportamenti postnatali, tutti gli studi hanno trovato un impatto positivo sul

supporto sociale. Uno studio ha condotto un RCT per indagare l'effetto dei messaggi di testo sui tassi di allattamento al seno, esaminando il supporto sociale come funzione dell'autoefficacia. È stato riportato un miglioramento significativo dei punteggi di supporto sociale tra il tempo 0 e le 12 settimane nel gruppo di intervento, rispetto al gruppo di controllo. Un altro studio mirava a migliorare la cura del neonato tramite un'app mobile, valutando il supporto sociale usando la Social Support for Parenting Scale. È stata trovata una differenza significativa complessiva tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo in termini di supporto sociale ricevuto dalle madri, dai loro coniugi e da altre fonti. L'ultimo studio, un altro RCT, mirava a potenziare i comportamenti postnatali per migliorare l'adattamento postpartum e il follow-up nelle madri primipare a basso reddito, utilizzando la tecnologia mHealth (SMS e chiamate telefoniche). Gli autori hanno riscontrato che i punteggi di supporto sociale (MSPSS) per le madri nel gruppo di intervento erano significativamente più alti quando misurati a un mese, quattro mesi, cinque mesi e sei mesi rispetto al gruppo di controllo; tuttavia, non è stata trovata alcuna differenza significativa tra i gruppi di intervento e di controllo quando gli interventi erano misurati al terzo giorno, a due mesi e tre mesi.

Ansia postpartum

Tre studi hanno esaminato l'ansia postpartum utilizzando diversi strumenti di misurazione; il Beck Anxiety Inventory, l'Hamilton Anxiety Score (HAM-A), la sottoscala DASS-Anxiety, e un questionario specifico dello studio. Non è stata condotta una meta-analisi. Gli interventi esaminati includevano applicazioni mobili e messaggi di testo. Nessuno degli studi ha riscontrato un cambiamento significativo nell'ansia postpartum post-intervento.

Conclusioni

Questa revisione ha identificato 21 studi sperimentali e quasi-sperimentali che hanno analizzato interventi di mHealth per supportare le madri durante il periodo perinatale. Sono emerse evidenze di qualità moderata a supporto dell'uso di interventi di mHealth per ridurre la depressione postpartum. Gli interventi più efficaci per la riduzione del punteggio EPDS includevano l'utilizzo di applicazioni mobili, supporto tra pari tramite telefono e messaggi di testo; tuttavia, non sono emerse evidenze sufficienti per supportare un tipo specifico di intervento rispetto agli altri. Non sono state trovate evidenze a supporto dell'uso di interventi di mHealth per influenzare l'autoefficacia o l'ansia postpartum; tuttavia, a causa di prove contrastanti relative agli interventi mirati ai comportamenti postnatali, gli autori suggeriscono che la mHealth potrebbe essere potenzialmente utile per aumentare i sentimenti di supporto sociale.

Implicazioni per la pratica

Esistono evidenze moderate a supporto dell'uso di interventi di mHealth specificamente mirati alla depressione postpartum o all'umore perinatale, al fine di migliorare i punteggi di depressione materna nel tempo. Sebbene sia giustificato considerare l'uso di interventi di mHealth per affrontare la depressione postpartum, le attuali evidenze non consentono di raccomandare una modalità specifica di mHealth rispetto ad altre. Inoltre, a causa di risultati contrastanti, non è possibile formulare raccomandazioni sugli interventi mHealth per migliorare autoefficacia, supporto sociale o ansia postpartum.

Popolazione

Donne durante il periodo pre e postnatale

Intervento

Interventi basati sui dispositivi mobili

Esito

Salute psicosociale materna

SYNTHESIZED FINDINGS

Interventi basati sui dispositivi mobili

App mobili



Messaggi di testo telefonici



Supporto tra pari



Donne durante il periodo prenatale e postnatale

Depressione post-partum

Gli interventi mHealth mirati alla depressione post partum hanno mostrato una riduzione del punteggio sulla scala della depressione postnatale (qualità moderata).

Autoefficacia

Le evidenze sull'efficacia degli interventi di mHealth sono contrastanti (bassa qualità).

Supporto sociale

Gli interventi di mHealth che hanno considerato i comportamenti postnatali (es., cura del neonato, allattamento al seno) hanno avuto un impatto positivo sul supporto sociale, incluso il supporto del coniuge o di altre persone (bassa qualità).

Ansia postpartum

Non sono stati riscontrati cambiamenti significativi nell'ansia postpartum.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Educazione prenatale

- Gli interventi educativi mHealth rivolti specificamente alla depressione post partum o all'umore prenatale dovrebbero essere forniti alle madri durante il periodo prenatale. **(Grado A)**

Educazione post-partum

- Gli interventi educativi mHealth rivolti al comportamento post-partum possono migliorare i sentimenti di supporto sociale se forniti durante il periodo post partum. **(Grado B)**

Impatto degli interventi sanitari basati sui dispositivi mobili durante il periodo perinatale sugli esiti psicosociali materni

References

1. Marin, T. [Best Practice Information Sheet]. Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes. JBI EBP Database. 2021 [updated 2023*]; 23(5):1-4.
*Update limited to visual summary (p.3) by JBI
2. Dol J, Richardson B, Tomblin Murphy G, Aston M, McMillan, D, Campbell-Yeo M. Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: a systematic review. JBI Evidence Synthesis. 2020; 18(1):30-55



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

Riconoscimenti

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

How to cite this Best Practice Information Sheet:

Marin, T. [Best Practice Information Sheet] Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial Outcomes. Translated by: <Accettone R., Caggianelli G., Cesare M., Fiorini J., Sferazza S., Kusumam P. & D'Angelo D.> JBI EBP Database. 2025; 4(1) LOTE. Original published 2021.



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

Email: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

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

Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Linea Guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Estratto delle linee guida sul buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non oncologico dell'adulto (quesiti 5-11)

(Roma, 22 novembre 2024)

INTRODUZIONE

Il dolore cronico, affliggendo milioni di individui, rimane un problema rilevante per la salute a livello mondiale, e presenta sfide sostanziali per i sistemi sanitari.

Gli oppiacei rappresentano una delle opzioni farmacologiche per gestire il dolore cronico.

Tuttavia, negli ultimi anni, i dubbi riguardo la sicurezza di questi farmaci sono aumentati¹, soprattutto nella terapia del dolore cronico non oncologico, mentre la loro importanza, nel trattamento del dolore oncologico e nelle cure palliative, è ampiamente accettata².

Gli oppiacei hanno dimostrato efficacia nell'alleviare il dolore cronico da "moderato" a "severo" nel breve e medio termine; nel dolore neuropatico; nel dolore correlato al cancro e nel dolore associato a condizioni come l'osteoartrosi e il mal di schiena²⁻⁵.

Ma, gli oppiacei non sembrerebbero avere effetti significativi sulla disabilità correlata al dolore o sulla funzionalità³⁻⁶.

Inoltre, un recente studio randomizzato controllato in doppio cieco di Jones et al. mette in discussione l'efficacia degli oppiacei per il trattamento del dolore rachideo lombare o cervicale acuto in Pronto Soccorso, poiché gli autori non hanno riscontrato differenze significative nel ridurre l'intensità del dolore rispetto al placebo⁷.

L'uso degli oppiacei è frequentemente accompagnato da una serie di effetti avversi, tra cui: sedazione, nausea, compromissione cognitiva, soprattutto durante la fase di induzione della terapia, mentre la stipsi rimane l'effetto più frequentemente riportato e persistente nel tempo⁸. Questi effetti sono ritenuti insopportabili dal 6-19% dei pazienti e possono essere causa di scarsa aderenza e interruzione della terapia⁹.

Inoltre, l'uso degli oppiacei a lungo termine è stato associato a un aumento del rischio di fratture negli anzia-

ni¹⁰ e a una riduzione della densità ossea¹¹, sebbene il meccanismo esatto per cui questo avvenga sia ancora poco chiaro.

Le indagini precliniche suggeriscono che tali osservazioni, nell'ambito clinico, possano essere correlate agli effetti degli oppiacei sul sistema endocrino, che portano anche alle note disfunzioni sessuali correlate agli oppiacei, o alla loro attività diretta sulle cellule ossee¹².

Sono descritte, inoltre, alterazioni immunitarie nei pazienti con esposizione agli oppiacei a lungo termine¹³.

La terapia con oppiacei è anche associata allo sviluppo di tolleranza: situazione in cui sono necessarie dosi crescenti, nel tempo, per raggiungere lo stesso livello di sollievo dal dolore. Come conseguenza, l'uso prolungato di oppiacei porta a dipendenza fisica, caratterizzata da sintomi di astinenza alla sospensione¹⁴.

Tuttavia, l'aspetto più temuto degli oppiacei è il loro potenziale per abuso e dipendenza psichica¹⁵. La, cosiddetta, "crisi degli oppiacei" (che ha causato un aumento delle morti correlate agli oppiacei negli Stati Uniti e in

Canada) ha portato a rivalutare l'uso di questi farmaci per il dolore cronico non oncologico, favorendo un approccio più integrato al trattamento del dolore cronico,

che comprende interventi multimodali e sviluppo di linee guida specificamente mirate a ridurre il rischio di abuso e a introdurre buone pratiche cliniche per un utilizzo più sicuro. Tra queste, appare rilevante il suggerimento di limitare la dose giornaliera di farmaci oppiacei,

ma anche l'implementazione di strategie di sospensione in caso di comportamento aberrante e dipendenza. Ci sono diversi lavori che sostengono che i Paesi europei abbiano atteggiamenti diversi nei confronti della prescrizione e dell'uso degli oppiacei rispetto agli Stati Uniti e al Canada. Infatti, c'è ancora una differenza di consumo di oppiacei tre volte superiore in Nord America rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale, nonostante,



negli ultimi anni, si sia registrata una riduzione globale del consumo in Canada e negli Stati Uniti, come conseguenza delle azioni in risposta alla “crisi”.

Al contrario, il consumo di oppiacei ha subito un significativo aumento nella maggior parte dei Paesi europei dalla metà degli anni '90 in poi¹⁶, segno di una crescente attenzione nel trattamento del dolore nel vecchio continente. In particolare, in Italia, negli ultimi dieci anni, l'incremento di prescrizioni è avvenuto a seguito dell'emanazione della legge 38/2010.

Prima di allora, l'Italia era la nazione europea con il minor consumo pro capite di oppiacei ad uso terapeutico. Ciò nonostante, le Dosi Giornaliere Definite (DDD) in Italia sono ancora al di sotto di quelle di molti altre dell'Europa occidentale¹⁶.

Alla luce di queste osservazioni, quanto è accaduto in Nord America dovrebbe essere considerato un monito per raccomandare un approccio più strutturato alla terapia con oppiacei e suggerire buone pratiche cliniche per ottimizzare gli effetti analgesici e minimizzare i rischi. Pertanto, la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva (SIAARTI) ha avviato un tavolo di lavoro multidisciplinare per rivedere le evidenze sull'uso appropriato degli oppiacei al fine di trarre raccomandazioni per limitare i danni potenziali o noti correlati agli oppiacei e standardizzarne l'uso, affrontando specificamente le questioni irrisolte nella pratica clinica.

POPOLAZIONE

Pazienti adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico.

Esclusa popolazione pediatrica, neonatale e pazienti oncologici.

UTILIZZATORI

Gli utilizzatori-*target* della presente linea guida sono specialisti in terapia del dolore, medici di Medicina ge-

nerale e Medicina interna, geriatri, reumatologi e tutti gli specialisti che trattano pazienti con dolore cronico adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico.

GRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro è composto da persone con competenze in Anestesia e rianimazione, Medicina interna, Medicina di base, Farmacologia, Geriatria, Reumatologia, Infermieristiche e Sanità pubblica.

Gli esperti nominati dalla SIAARTI sono stati selezionati in base alla comprovata esperienza clinica, professionale e/o scientifica.

Le altre figure professionali sono state coinvolte attraverso le società scientifiche nazionali di riferimento accreditate presso il Ministero della Salute ai sensi della legge 8 marzo 2017, n. 24, **Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.**

METODOLOGIA

Le linee guida di seguito presentate sono state elaborate secondo il sistema GRADE¹⁷ (*Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations*) in osservanza di quanto previsto dal Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica¹⁸ pubblicato dal Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure, al fine di valutare:

- a. se esistono evidenze per rispondere a ogni quesito;
- b. l'efficacia dell'intervento;
- c. la forza dell'efficacia o l'incertezza dell'evidenza a supporto;
- d. l'applicabilità dell'intervento.

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

STATEMENT DI BUONA PRATICA CLINICA

5° Quesito clinico:

L'applicazione di strategie di controllo mediante “opioid risk tool” limita il rischio di abuso (sovra-utilizzo) nei pazienti con dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei?

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

Intervento: Adozione di strategie di controllo rischio di abuso mediante “*Opioid Risk tool*”;

Confronto: Mancata adozione di strategie di controllo rischio di abuso mediante “*Opioid Risk tool*”;

Outcome: insorgenza di *addiction*

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal *database* PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul *database* Embase e 2574 sul *database* Cochrane Library, che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo e *abstract*, sono state identificate 17 evidenze, successivamente scartate alla fase



di *screening* per *full text*.

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

QUESITO 5: L'applicazione di strategie di controllo mediante "opioid risk tool" limita il rischio di abuso (sovr-utilizzo) nei pazienti con dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei?

GOOD PRACTICE STATEMENT 5

Il *panel* ritiene che sia buona pratica clinica l'utilizzo dell'*Opioid Risk Tool* (ORT) nei pazienti adulti con dolore cronico non oncologico, nonostante la mancanza di evidenze di elevata qualità a supporto della sua efficacia nel prevenire l'abuso di oppiacei.

In particolare, l'ORT, validato linguisticamente in italiano, rappresenta uno strumento semplice e rapido per identificare precocemente pazienti a rischio di sviluppare comportamenti di misuso, abuso o dipendenza da oppiacei, prima dell'inizio della terapia.

Basato su una qualità non valutata delle prove

6° Quesito clinico:

Esistono associazioni tra analgesici oppiacei ed altre molecole (i cosiddetti "adiuvanti") utilizzate per dolore cronico o polimorfismi genetici che possano determinare effetti avversi potenzialmente letali o gravi (che richiedono assistenza medica e possono causare ospedalizzazione, disabilità)?

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

Intervento: Assunzione di oppiacei in associazione con ansiolitici, anticonvulsivanti, antidepressivi, miorilassanti;

Confronto: Assunzione di oppiacei e mancata associazione con ansiolitici, anticonvulsivanti, antidepressivi miorilassanti;

Outcome: insorgenza di effetti collaterali critici (morte, addiction, depressione respiratoria, ospedalizzazione).

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal database PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul database Embase e 2574 sul database Cochrane Library, che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract*, sono state identificate 47 evidenze, successivamente scartate nella fase di *screening* per *full text*.

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



QUESITO 6: Esistono associazioni tra analgesici oppiacei ed altre molecole (i cosiddetti adiuvanti) utilizzate per dolore cronico o polimorfismi genetici che possano determinare effetti avversi potenzialmente letali o gravi (che richiedono assistenza medica e possono causare ospedalizzazione, disabilità)?

GOOD PRACTICE STATEMENT 6

Anche in assenza di evidenze scientifiche, il *panel* di esperti ritiene che sia buona pratica clinica l'utilizzo cautelativo di associazioni di oppiacei con altre molecole. Occorre, infatti, valutare caso per caso i potenziali rischi/benefici tenendo in considerazione l'anamnesi farmacologica dei singoli pazienti ed evitando possibili associazioni pericolose. Tuttavia, gli esperti ritengono che una terapia multimodale sia sempre auspicabile, al fine di evitare l'approccio monofarmacologico con oppiacei ad alte dosi.

Basato su una qualità non valutata delle prove

7° Quesito clinico:

La terapia di prima linea con pavora è più efficace nel trattamento della stipsi rispetto alla terapia tradizionale di prima linea nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico?

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

Intervento: assunzione di farmaci della classe pavora in prima linea

Confronto: assunzione di un farmaco appartenente alla classe dei lassativi;

Esiti attesi: risoluzione della stipsi.

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal database PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul *database* Embase e 2574 sul *database* Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract*, sono state identificate 86 evidenze, successivamente scartate nella fase di *screening per full text*.

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

QUESITO 7: La terapia di prima linea con pavora è più efficace nel trattamento della stipsi rispetto alla terapia tradizionale di prima linea nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico?

GOOD PRACTICE STATEMENT 7

Nonostante le limitate evidenze scientifiche disponibili, gli esperti ritengono rappresenti buona pratica clinica l'utilizzo dei PAMORA come terapia di prima linea per la gestione della stipsi indotta da oppiacei nei pazienti con dolore cronico non oncologico in terapia con oppiacei. Tuttavia, la decisione terapeutica deve seguire le indicazioni riportate nella scheda tecnica e deve essere personalizzata, con un monitoraggio attento e regolare per garantire un trattamento efficace e sicuro.

Basato su una qualità non valutata delle prove



8° Quesito clinico:

La vitamina è efficace nel ridurre l'insorgenza di osteoporosi nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia a lungo termine (long term) con farmaci oppiacei?

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

Intervento: assunzione di supplemento di vitamina D;

Confronto: mancata assunzione di supplemento di vitamina D;

Esiti attesi: riduzione di insorgenza osteoporosi

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

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

QUESITO 8: La vitamina d è efficace nel ridurre l'insorgenza di osteoporosi nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia a lungo termine (long term) con farmaci oppiacei?

GOOD PRACTICE STATEMENT 8

Il *panel* ritiene che sia buona pratica clinica, nonostante l'assenza di evidenze scientifiche solide, monitorare il metabolismo osseo nei pazienti adulti in terapia prolungata con oppiacei, data la potenziale interazione di questi farmaci con il metabolismo dell'osso. Questo include esami ematochimici e indagini strumentali per rilevare eventuali condizioni di osteopenia o osteoporosi.

Inoltre, l'integrazione di vitamina D può essere utile in caso di livelli sierici bassi o in presenza di un rischio elevato di osteoporosi. Tale integrazione deve essere accompagnata da un monitoraggio regolare dei livelli plasmatici di vitamina D, e il trattamento dovrebbe essere integrato da un approccio specialistico per minimizzare il rischio di alterazioni ossee.

Basato su una qualità non valutata delle prove



9° Quesito clinico:

Nei pazienti in terapia cronica con oppiacei esistono dei limiti (in mg/die) di posologia di oppiacei che consigliano il ricorso allo specialista algologo ai fini di minimizzare gli effetti collaterali di tali terapie?

QUESITO 9: Nei pazienti in terapia cronica con oppiacei esistono dei limiti (in mg/die) di posologia di oppiacei che consigliano il ricorso allo specialista algologo ai fini di minimizzare gli effetti collaterali di tali terapie?

GOOD PRACTICE STATEMENT 9

Il *panel* ritiene che sia buona pratica clinica che i medici di Medicina generale prescrivano farmaci oppiacei, purché sia garantito un monitoraggio regolare dell'aderenza terapeutica, della comparsa di effetti collaterali e del recupero funzionale del paziente.

In assenza di un monitoraggio frequente, in caso di effetti collaterali non gestibili o di necessità di deprescrizione, il paziente dovrebbe essere inviato a uno specialista in Medicina del dolore.

Basato su una qualità non valutata delle prove

10° Quesito clinico:

Qual è l'intervallo di monitoraggio da adottare per il trattamento del dolore con farmaci oppiacei in pazienti che già abusano di sostanze?

QUESITO 10: Qual è l'intervallo di monitoraggio da adottare per il trattamento del dolore con farmaci oppiacei in pazienti che già abusano di sostanze?

GOOD PRACTICE STATEMENT 10

Il *panel* ritiene che sia buona pratica clinica calibrare l'intervallo di monitoraggio del trattamento con oppiacei in pazienti con una storia di abuso di sostanze in base alle loro esigenze cliniche, preferendo controlli ogni 2-3 settimane. In caso di necessità, questi intervalli possono essere ulteriormente ridotti. Si raccomanda una valutazione multidisciplinare che includa esperti in psicologia e psichiatria con competenze specifiche in questo ambito. In assenza di monitoraggio frequente, o in presenza di effetti collaterali non gestibili e difficoltà di deprescrizione, il paziente dovrebbe essere indirizzato a uno specialista in Medicina del dolore.

Inoltre, in caso di difficoltà oggettive di gestione, in pazienti con complessità clinica, polifarmacoterapia o età biologica avanzata, è auspicabile una valutazione internistico-geriatrica, se non sono presenti competenze specifiche, per garantire un approccio terapeutico personalizzato ("tailored approach").

Basato su una qualità non valutata delle prove



11° Quesito clinico:

Eventuali raccomandazioni da dare ai pazienti/caregivers in terapia con oppiacei per dolore cronico non oncologico possono migliorare l'aderenza terapeutica?

QUESITO 11: Eventuali raccomandazioni da dare ai pazienti/caregivers in terapia con oppiacei per dolore cronico non oncologico possono migliorare l'aderenza terapeutica?

GOOD PRACTICE STATEMENT 11

Il *panel* ritiene che sia buona pratica clinica pianificare accuratamente le terapie con farmaci oppiacei, coinvolgendo il paziente nel processo decisionale, con l'obiettivo di ripristinare la funzione oltre al controllo del sintomo. La pianificazione deve includere raccomandazioni chiare sugli effetti collaterali potenziali e fornire supporto nella fase di de-prescrizione degli oppiacei. In assenza di un monitoraggio frequente, in presenza di effetti collaterali non gestibili o di necessità di de-prescrizione, il paziente dovrebbe essere indirizzato a uno specialista in medicina del dolore. Inoltre, in caso di difficoltà oggettive di gestione, una valutazione internistico-geriatrica in base alla complessità clinica, alla polifarmacoterapia ed all'età "biologica" del paziente, sarebbe auspicabile al fine di ottimizzare un approccio sartoriale della terapia ("*tailored approach*").

Basato su una qualità non valutata delle prove



Referenze

1. Cragg A. et al, Risk Factors for Misuse of Prescribed Opioids: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Ann Emerg Med*, vol. 74, no. 5, pp. 634-646, nov. 2019, doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.04.019.
2. Fallon M et al, Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines, *Annals of Oncology*, vol. 29, pp. iv166-iv191, oct. 2018, doi: 10.1093/annonc/mdy152.
3. Nury E et al, Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses, *Pain*, vol. 163, n.4, pp. 610-636, apr. 2022, doi: 10.1097/j.pain.0000000000002423.
4. Vowles K.E, McEntee M.L, Julnes P.S, Frohe T, Ney J. P and Van der Goes D.N, Rates of opioid misuse, abuse and addiction in chronic pain, *Pain*, vol. 156, n.4, pp. 569-576, apr. 2015, doi: 10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.f1.
5. Hauser W et al, European* clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain-Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain, *European Journal of Pain*, vol. 25, n.5, pp. 949-968, May 2021, doi: 10.1002/ejp.1736.
6. Welsch P, Petzke F, Klose P and Hauser W, Opioids for chronic osteoarthritis pain: an updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks double-blind duration, *European Journal of Pain*, vol. 24, n.4, pp. 685-703, apr. 2020, doi: 10.1002/ejp.1522.
7. Jones C.M.P et al, Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial, *The Lancet*, vol. 402, no. 10398, pp. 304-312, jul. 2023, doi: 10.1016/S0140-6736(23)00404-X.
8. Liang J, Almario C. V, Chey D. W, Higgins C.S and Spiegel B.M.R, Prevalence and Burden of Illness of Rome IV Chronic Idiopathic Constipation, Opioid-Induced Constipation, and Opioid-Exacerbated Constipation in the United States, *American Journal of Gastroenterology*, vol. 118, n.11, pp. 2033-2040, nov. 2023, doi: 0.14309/ajg.0000000000002376.

9. Wiffen P.J, Wee B, Derry S, Bell R.F and Moore R.A, Opioids for cancer pain- an overview of Cochrane reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 2020, no. 2, jul. 2017, doi: 10.1002/14651858. CD012592.pub2.
10. Buckeridge D et al, Risk of Injury Associated with Opioid Use in Older Adults', J Am Geriatr Soc, vol. 58, n.9, pp. 1664-1670, sep. 2010, doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03015.
11. Jain N, Himed K, Toth J.M, Briley K.C, Phillips F.M and. Khan S.N, Opioids delay healing of spinal fusion: a rabbit posterolateral lumbar fusion model, The Spine Journal, vol. 18, no. 9, pp. 1659-1668, sep. 2018, doi: 10.1016/j.spinee.2018.04.012.
12. Chrastil J, Sampson C, Jones K.B and Higgins T.F, Postoperative Opioid Administration Inhibits Bone Healing in an Animal Model, Clin Orthop Relat Res, vol. 471, n.12, pp. 4076-4081, dec. 2013, doi: 10.1007/s11999-013-3232-z.
13. Bettinger J.J. and Friedman B.C, Opioids and Immunosuppression: Clinical Evidence, Mechanisms of Action, and Potential Therapies, Palliat Med Rep, vol. 5, n.1, pp. 70-80, feb. 2024, doi: 10.1089/ pmr.2023.0049.
14. Ballantyne J.C. and Mao J, Opioid Therapy for Chronic Pain, New England Journal of Medicine, vol. 349, n.20, pp. 1943-1953, nov. 2003, doi: 10.1056/NEJMra025411
15. Volkow N.D. and McLellan A.T, Opioid Abuse in Chronic Pain-Misconceptions and Mitigation Strategies, New England Journal of Medicine, vol. 374, n.13, pp. 1253-1263, mar. 2016, doi: 10.1056/ NEJMra1507771.
16. Ju C et al, Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study, Lancet Public Health, vol. 7, n.4, pp.335-346, apr. 2022, doi: 10.1016/S2468- 2667(22)00013-5.
17. Guyatt G.H, Oxman A.D, Vist G.E, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al, GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations BMJ 2008; 336 :924 doi:10.1136/ bmj.39489.470347. AD
18. Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure dell'Istituto Superiore di Sanità, Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica, 2023.

In Breve

Si è svolta in Irlanda la Conferenza RCSI

Si è svolta a Dublino, il 26 e 27 febbraio, la 44esima Conferenza annuale internazionale di ricerca e formazione del Royal College of Surgeons in Ireland-RCSI. La Facoltà di Infermieristica e Ostetricia, infatti, da anni, indice uno fra gli eventi più longevi del suo genere in Europa. Quest'anno, il tema su cui gli esperti hanno discettato è stato: "Reclutamento, sviluppo, mantenimento e sostegno della forza-lavoro infermieristica e ostetrica globale, per le future esigenze di salute e assistenza". Fondamentali per l'assistenza sanitaria primaria e per il raggiungimento della copertura sanitaria universale, il numero degli infermieri e delle ostetriche è ancora troppo basso, specie in riferimento alla stima dell'OMS, che ne attesta una carenza di 4,5 milioni dei primi e 0,31 milioni delle seconde, a livello globale.

All'evento, dunque, si è discusso di quanto bisogna fare per attrarre i giovani a intraprendere questo genere di percorso in Sanità, attraverso nuovi approcci all'istruzione e alla leadership; con nuove iniziative politiche, pratiche e di ricerca, tanto a livello nazionale che internazionale.

L'attualità mostra quanto infermieri e ostetriche possano trovarsi ad affrontare carichi di lavoro irreali, carenze e scarse risorse, che aumentano il carico fisico e mentale dell'assistenza sanitaria. Sono, perciò, necessari ambienti di lavoro che sappiano supportarne anche il benessere emotivo.

Proprio a Dublino sono state presentate iniziative e pratiche infermieristiche e ostetriche che mantengono e sostengono la forza-lavoro in Sanità; affrontano i determinanti sociali della salute, le malattie non trasmissibili, la copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

Investire in infermieri e ostetriche è, oggi, infatti, quanto mai fondamentale per ottenere sistemi sanitari efficienti, efficaci, resilienti e sostenibili. Così com'è imperativo dimostrare il ritorno sociale di tale investimento e articolare chiaramente il contributo apportato dalle due professioni.





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: Lalji R, Koh L, Francis A, Khalid R, Guha C, Johnson D.W, Wong G, "Patient navigator programmes for children and adolescents with chronic disease (Review)". Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 10. Art. No.: CD014688. DOI: 10.1002/14651858.CD014688.pub2.¹

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

La patologia cronica viene definita come "una condizione di salute persistente e non trasmissibile (non-communicable disease), fisica o mentale, che impatta sulle abilità della persona, da quelle funzionali a quelle cognitive e sociali".

Le malattie croniche interessano il 40,5% della popolazione italiana (24 milioni), mentre le persone affette da almeno due patologie croniche sono 12,2 milioni.

Questi dati vengono esacerbati nelle prospettive future, dove la tendenza indica che, nel 2028, i malati cronici saliranno a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni². In riferimento alle malattie rare, le indagini del Registro Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità stimano 20 casi di malattie rare ogni 10 mila abitanti e ogni anno sono circa 19 mila i nuovi casi segnalati.

Il 20% delle patologie coinvolge persone in età pediatrica (di età inferiore ai 14 anni). Con l'aumento dell'aspettativa di vita ed il progredire della ricerca medico-scientifica sempre più bambini, adolescenti e adulti si trovano a dover convivere con patologie croniche. Nello specifico, la diagnosi e la gestione della cronicità nell'infanzia e nell'adolescenza hanno un'importante influenza emotiva, psicologica, sociale ed economica sull'intero assetto familiare.

La *Cochrane Review* condotta da Lalji e colleghi (2024) sottolinea come, ormai, la prevalenza delle malattie croniche nei bambini ed adolescenti mima il trend a cui si assiste anche negli adulti.

Il *Patient Navigator* (PN) è un concetto relativamente nuovo in ambito medico-scientifico. La figura nasce nel 1990, al fine di ridurre le disparità di salute che caratterizzavano le comunità marginalizzate³. L'obiettivo dei PN era quello di seguire i pazienti per

l'intero iter: dalla diagnosi alla remissione della patologia.

Attualmente, i Programmi terapeutici che includono il PN sono piuttosto diffusi, soprattutto negli Stati Uniti: è stato dimostrato, infatti, come la figura abbia scaturito *outcomes* positivi nei pazienti di popolazione pediatrica ed adulta con patologie croniche. Gli obiettivi principali del PN sono diverse: migliorare la gestione del processo di cura del paziente, favorire l'accesso alle cure e alle risorse sanitarie, fornire un valido supporto emotivo all'individuo ed alla comunità⁴.

I PN sono persone formate, con *background* sanitario o non sanitario, che aiutano e guidano i pazienti e le loro famiglie attraverso la complessità del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Lo scopo di questa Revisione Cochrane mira a valutare l'efficacia dei programmi che prevedono la figura del PN nella gestione dei bambini e degli adolescenti con patologia cronica. Sono stati inclusi *trial* controllati randomizzati con disegno individuale o clusterizzato. Gli *outcome* misurati sono primari, quali la qualità di vita del paziente, la salute e la qualità di vita del *caregiver*, i maltrattamenti di qualsiasi tipo nei confronti del giovane paziente o della sua famiglia; mentre tra gli *outcome* secondari, vi sono: il tasso di ospedalizzazione, il tasso di frequenza di accesso ai servizi di emergenza, l'uso delle risorse, le assenze a scuola o all'università.

Sono state consultate le seguenti banche dati: Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE Ovid, EMBASE Ovid e CINAHL EBSCO.

Gli studi sono stati sottoposti ad una valutazione di efficacia dell'intervento di interesse basata sulle linee guida promosse dal JBI.



Sono stati identificati 5916 studi e, in seguito alla rimozione dei duplicati e di tutti gli studi non pertinenti, la review ha incluso 17 articoli, con 2895 partecipanti in tutto. Le patologie croniche nelle popolazioni studiate sono il diabete mellito di tipo I, l'asma, l'assistenza complessa e non, l'anemia falciforme e la condizione di ex neonati pretermine. In cinque studi, i PN erano infermieri, in altri cinque operatori sanitari di altra natura, in tre persone che hanno frequentato l'università ma che non sono professionisti della salute, in due dilettanti e in altri tre studi non vengono fornite specifiche informazioni sul livello di istruzione.

Vi è un'altra rilevante differenza: la durata dell'intervento del PN varia da studio a studio. Il più breve, infatti, è durato dalle cinque alle sei settimane, ed il più lungo fino a 24 mesi. Non vi sono, inoltre, specifiche informazioni sulla qualità di tempo trascorso insieme ad ogni paziente, ma le modalità sono piuttosto affini tra i diversi studi (messaggi, telefonate, email, *video call* e incontri di persona).

Molti studi sono caratterizzati da un alto o comunque poco chiaro rischio di errore (*risk of bias*), probabilmente a causa delle procedure di randomizzazione del campione oppure della descrizione incompleta degli *outcome*.

Complessivamente, sia per gli *outcome* primari che secondari, l'evidenza viene definita molto incerta. Negli studi inclusi, infatti, i risultati sono estremamente eterogenei, con un alto o poco chiaro *risk of bias* ed un disegno di studio non ottimale. La *Review*, pertanto, sottolinea la grande mancanza di studi correttamente condotti per poter produrre un'evidenza scientifica.

Il *topic* trattato è di grande interesse della comunità scientifica: infatti, vi sono ben 13 studi in corso, che verranno sicuramente valutati per il prossimo aggiornamento della *Review*. Oltre agli aspetti metodologici, ciò che emerge è l'eterogeneità della formazione

dei PN. Vi è sempre stato un dibattito, infatti, su chi dovesse svolgere questo ruolo e se fosse imprescindibile una formazione infermieristica².

In letteratura vi sono diversi studi che supportano l'ipotesi secondo cui il PN debba essere un infermiere, per le responsabilità che il ruolo di per sé richiede². Il miglior profilo professionale che un PN debba avere è senza dubbio basato sull'obiettivo da raggiungere: l'infermiere può garantire e rispondere ai bisogni relativi a valutazioni dello stato fisico ed emotivo del paziente, così come garantire una formazione specializzata in base alla patologia cronica del paziente di cui deve occuparsi (in ambito oncologico, ad esempio). Sarebbe, infatti, capace di rispondere ai bisogni di salute durante tutto il corso della malattia, accompagnando il paziente e guidandolo nelle scelte di trattamenti².

I percorsi terapeutici che richiedono, pertanto, una conoscenza clinica avanzata e delle competenze specifiche necessitano di una figura infermieristica di riferimento³. In Italia, vi sono due esempi di tentativo di implementazione del PN infermieristico, meglio definito *Nurse Navigator* (NN). Il primo è stato introdotto nel reparto di Chirurgia Generale dell'ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. I risultati hanno dimostrato che il lavoro del NN con competenze specializzate ha migliorato la qualità e gli *outcome* dei pazienti oncologici trattati presso il suddetto reparto e dovrebbe, pertanto, essere riconosciuto dal Sistema Sanitario Nazionale⁵. Ad oggi, presso l'IRCSS Ospedale San Raffaele, all'interno del *Cancer Center*, lavorano otto NN, punti di riferimento dei pazienti presi in carico dalla struttura⁶.

Gli studi futuri, strutturati con una metodologia di alta qualità, potrebbero indagare il modo più approfondito il ruolo, le competenze, i vantaggi e gli aspetti critici del PN all'interno dei Servizi Sanitari Nazionali e internazionali.

¹ Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, fascicolo 10, DOI: 10.1002/14651858.CD014688.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.

² XXII Rapporto sulle politiche della cronicità - <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1733924579.pdf>

³ Pedersen A, Hack T.F. *Pilots of oncology health care: a concept analysis of the patient navigator role*. *Oncol Nurs Forum*. 2010 Jan;37(1):55-60. doi: 10.1188/10.ONF.55-60. PMID: 20044339.

⁴ Luke A, Doucet S, Azar R. *Paediatric patient navigation models of care in Canada: an environmental scan*. *Paediatrics Child Health*. 2018 May; 23(3):e46-e55. doi: 10.1093/pch/pxx176. Epub 2018 Jan 2. PMID: 29769815; PMCID: PMC5950975.

⁵ Merlini I, Antonini F, Di Saverio S. *The role of a dedicated Oncology Nurse Navigator in the surgical oncology pathways: 1 year experience from a General Surgery Unit in central Italy with follow up*. *Updates Surg*. 2024 Sep; 76(5):2011-2018. doi: 10.1007/s13304-024-01916-1. Epub 2024 Jul 2. PMID: 38955954.

⁶ <https://www.hsr.it/news/2024/gennaio/nurse-navigator-chi-e>

Assemblea degli iscritti OPI Roma

Giovedì 27 marzo 2025, all'hotel Quirinale, assemblea degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma, alla presenza del presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**: un riconoscimento per una Professione che "i problemi li rivolge, non li crea".

Come di consueto, un momento per fare il punto sull'anno appena trascorso, tracciando le linee delle principali attività svolte nel 2024 e quelle degli impegni futuri. Formazione e visioni di carriera, soprattutto, specie se la situazione infermieristica, in Italia, resta terribilmente carente nei numeri e l'assistenza sanitaria primaria continua a dipendere da operatori

che saranno pure sempre più adeguatamente formati (e capaci di lavorare in *team* multidisciplinari), ma che, in risicate unità, devono rispondere ai bisogni di salute di una cittadinanza sempre più anziana e orientata alla cronicità.

"In un contesto così complesso, però, dobbiamo rilevare che l'asticella dell'Infermieristica romana si è notevolmente alzata", ha spiegato il presidente **Maurizio Zega**.

Si conferma, infatti, una presenza significativa nel panorama nazionale. A esponenti di OPI Roma è andata la vicepresidenza della Federazione nazionale-FNOPI (nella persona dello stesso Zega) e la presidenza della Commissione nazionale d'Albo Infermieri Pediatrici-CAIP (**Valentina Vanzi**). E ancora: il ricercatore **Alessandro Stievano**, nomi-

nato dal Ministero della Salute, su indicazione della Federazione, *Chief Nurse Officer* per il nostro Paese; la collega **Gabriella Facchinetti** vincitrice di concorso all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) come ricercatore, insieme a **Daniela D'Angelo**.

Prosegue, intanto, un'interlocuzione istituzionale, franca e diretta, che, proprio rispetto alla Regione, si attesta su alcuni "punti di forza", a partire dai concorsi per infermieri e OSS e dalla indizione del concorso dirigenza professione di UOS, che favorirà la maturazione quinquennale di competenze e il ricambio generazionale nella dirigenza. "Registriamo con soddisfazione che, per la prima volta, nel Lazio, c'è un direttore di distretto Infermiere: il collega **Claudio Federici**", ha continuato Zega.

Riscontri positivi anche per l'iniziativa "Spiagge Serene", allargata alle province di Viterbo e Latina, ma, nel rapporto con le istituzioni territoriali, non sono stati tralasciati alcuni punti di debolezza (mancata partenza dei tavoli regionali; la non accoglienza della disponibilità ad adottare un programma informatico con linguaggio unico standardizzato; la mancata istituzione di una direzione Assistenziale/Socio-Sanitaria strutturale).

Guardando ai numeri, al 31 dicembre 2024, **gli iscritti OPI di Roma**, tra Albo infermieri e Infermieri pediatrici, erano **34.671**, di cui: 989, nuovi iscritti e 134 in entrata da trasferimento. **Tra questi, 3.418 sono stranieri**: 1.895, comunitari; 1.523, non comunitari. Una realtà importante, che ormai si attesta stabilmente al 10% del totale degli iscritti. Nel solo 2024, sono stati 138 gli stranieri entrati in Albo: 56 comunitari e 82 non.

Rivolgendosi alla vasta platea di colleghi, il presidente ha commentato che: "il compito principale dell'Ordine resta quello di essere garante presso pazienti e cittadini: perciò, non esitiamo mai a bocciare i colleghi stranieri che non dimostrino un'ottima padronanza della lingua italiana, anche se siamo preoccupati delle deroghe legislative ancora vigenti dai tempi della pandemia, che, oggi, consentono di esercitare la professione sul territorio nazionale, pur non transitando necessariamente per gli OPI".

Intanto, diverse le iniziative messe in campo dal direttivo capitolino e dai Gruppi di lavoro, tra esami, convegni, corsi e giornate a tema.

Nel corso del 2024, sono stati realizzati **24 eventi ECM residenziali gratuiti**, per un totale di offerta formativa per 1.113 partecipanti e 6.250,7 Crediti formativi ECM. Gli ECM FAD, invece, hanno "fruttato" 29.952 crediti. Facendo i conti: gli ECM erogati sono stati 36.202, per 4.441 partecipanti (Res+FAD).



Mentre si conferma la volontà di continuare a investire in formazione e ricerca, resta intatto il desiderio di puntare su una sempre maggiore unità fra colleghi, stimolata da progetti come “**OPI Cultura**”, che, dopo una prima *tranche* di appuntamenti di successo, è ancora in pieno svolgimento.

L'Ordine è sempre più volto al **paperless**, incrementando i servizi *online* e mantenendo la sua anima “informatizzata”. Nel 2024, grazie al *software* gestionale adottato sono stati amministrati: **1045** certificati richiesti *online*; 598 nuove PEC attivate (sono **29818** attualmente attive in convenzione con l'OPI); **25.093** gli utenti unici che hanno fatto accesso ai servizi con SPID/CIE. Numeri ancora in aumento per la **biblioteca** digitale e di sede dell'OPI capitolino: tutte le banche dati registrano incrementi negli accessi e nelle diverse funzioni; in particolare il CINAHL (mentre, così come dal 2019, la COCHRANE resta accessibile in sede e da remoto). Consolidata pure la frequentazione da parte dell'utenza, la cui consultazione, nel 2024, ha registrato un aumento esponenziale degli articoli richiesti. Sono ben **1360 i libri catalogati**, mentre i periodici della biblioteca digitale e gli articoli di riviste/*Journals* scaricati nell'intero sistema digitale, segnano, nelle statistiche d'uso dei *Journals* (al 31 dicembre 2024), un +6,96% degli articoli scaricati, con un +15,5% sulle Autenticazioni nel Sistema Digitale **EBSCO**, ovvero Biblioteca Digitale. Il servizio di **Document delivery** (che, in regime di scambio gratuito, richiede ad altre Biblioteche articoli per uso personale, di ricerca e di studio) registra 22 richieste evase per gli utenti della biblioteca e 2 per altre. I **documenti** visionati e/o scaricati è pari a **6.919**, 5.194 (+3,16%) *full text* e 96.144 (+167,3%) *abstract*. A questi servizi si accede principalmente con i *device* mobili.

La Commissione dedicata ha curato il progetto ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche, <https://ilisi.opi.roma.it/index.php>), banca dati bibliografica di massima utilità per il settore. Ad oggi, **ILISI** (organigramma: 4 referenti dell'ordine; 3 referenti di progetto 5 aree di indicizzazione; 18 riviste assegnate; 5 *tutor* di indicizzazione; 29 indicizzatori e 783 record inseriti) contiene **8.472** schede bibliografiche, **+783 record bibliografici** rispetto al 2023, dati da inserimenti e migrazioni da ILISI DEMO. Inoltre, si registra un incremento del 10,18% per il numero di *record*. Particolare motivo d'orgoglio, sono le geolocalizzazioni dei dispositivi che indicano 360 utenti unici dalla Francia; 276 dagli USA; 40 dai Paesi Bassi: segno che la biblioteca dell'OPI di Roma è nota agli utenti internazionali. Inoltre, i componenti della Commissione sono stati anche docenti del **Seminario uni-**

versitario rivolto agli studenti del II anno del CdL in Infermieristica: “I luoghi della ricerca bibliografica infermieristica: dalla biblioteca alle banche dati online”, che ha offerto approfondimenti sugli strumenti essenziali per la ricerca bibliografica e la consultazione delle banche dati, evidenziando, al contempo, l'importanza dei luoghi istituzionali - reali e digitali - deputati per la ricerca scientifica.

Il Centro di Eccellenza per la cultura e la Ricerca Infermieristica-**CECRI**, per il 2024, ha approvato 47 progetti che, contando gli altri già in essere, raggiungono quota 487 progetti attivati negli ultimi 15 anni, mentre alcuni dei loro *outcome* sono stati pubblicati su prestigiose riviste nazionali e internazionali di settore.

La piattaforma (www.centrodiexcellenza.eu) ha registrato 1.600 visitatori unici in più rispetto al 2023 e il 21 maggio 2025 si terrà il consueto Congresso internazionale al ministero della Salute.

Sul fronte delle certificazioni, è inalterata quella del sistema di gestione della qualità a cura del **Bureau Veritas Italia SpA**: l'OPI di Roma è pienamente conforme ai requisiti della norma ISO 9001:2015 e anche all'ISO 37001, per il contrasto alla corruzione. Le certificazioni ottenute consolidano la *policy* interna, volta a promuovere la cultura della legalità, dell'integrità e dell'onestà.

La **comunicazione** dell'Ordine resta capillare: oltre alla rivista ufficiale, “Infermiere Oggi” (per candidare un lavoro scientifico alla pubblicazione, basta scrivere a: ordine@opi.roma.it), c'è l'ufficio stampa; i *social* (Facebook e Instagram) e il canale Youtube. Tutti in crescita e con ottimi riscontri.

In conclusione, il presidente della Regione, Rocca, che si è detto: “non sorpreso dei traguardi raggiunti dalla professione infermieristica a Roma e nel Lazio”. Affrontati anche i temi dei salari e del mancato rinnovo contrattuale, strumento di dignità per tutti i professionisti sanitari. “Stiamo lavorando per rendere più vivibili e sicuri i luoghi di lavoro, dove gli infermieri trascorrono gran parte della giornata, anche se siamo ben coscienti che la madre di tutte le sfide è rafforzare anche tutto quello che accade fuori dal solito *setting* ospedaliero, dove la vostra professione è decisiva”.

Ripensare i modelli organizzativi significa puntare anche sulle Direzioni socio-assistenziali, “senza candidati di serie A e di serie B” e “alle Case di comunità, che ci sono e che vogliamo rendere pienamente operative!”, ha assicurato il Governatore. E rispetto ai concorsi in atto, è stata ribadita la volontà di favorire i vincitori più alti in graduatoria nella scelta della destinazione, affinché il luogo di lavoro non sia in province diverse da quella di residenza.



Il Conto consuntivo

In occasione dell'assemblea, il tesoriere dell'OPI di Roma, **Francesco Scerbo**, ha tracciato la situazione patrimoniale dell'Ordine. La platea ha approvato il bilancio consuntivo, convalidato dal presidente del Collegio Revisori dei Conti dell'Ordine, **Carlo Di Cicco**. Queste, le tabelle di sintesi.

1. Rendiconto finanziario

Entrate	SEZIONE DI COMPETENZA					SEZIONE DI RESERVA					SEZIONE CASSA		
	Totale	PREVISIONI	Definibile	Residuo	ESIGENZE ACCERTATE	Totale	Esistenti	Posti	Trasferiti	Passivi	Da Passivare	Passivi Finali	Tot. In
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI													
Quote iscrizione	€ 2.211.000,00	€ 2.211.000,00	€ 2.121.220,00	€ 187.600,00	€ 2.208.826,00	-€ 2.890,00	€ 850.137,30	€ 8.070,37	€ 823.984,76	€ 636.117,87	€ 823.717,87	€ 2.444.809,79	
Quote nuovi iscritti	€ 47.000,00	€ 47.000,00	€ 80.283,50	€ 48.263,50	€ 48.263,50	-€ 737,00	€ 147,00	€ -	€ 147,00	€ 147,00	€ 147,00	€ 68.263,50	
Tasse iscrizione	€ 90.000,00	€ 90.000,00	€ 80.010,00	€ 80.010,00	€ 80.010,00	€ 300,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 80.010,00	
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.468.000,00	€ 2.468.000,00	€ 2.279.493,50	€ 197.600,00	€ 2.468.899,50	-€ 4.407,00	€ 850.284,30	€ 8.070,37	€ 823.984,76	€ 636.264,87	€ 823.964,87	€ 2.600.082,79	
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI													
Corsi di aggiornamento	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI OMBRE PARTICOLARI GESTIONI													
Pluriscio Isesno	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale quote di partecipazione iscritti ombre particolari gestioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TRASFERIMENTI CORRENTI													
Trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI													
Vendita pubblicazioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
REDOTTI E PROVENTI PATRIMONIALI													
Interessi attivi	€ 36.000,00	€ -	€ 36.000,00	€ 87,58	€ 28.225,74	€ 28.313,32	€ 8.886,88	€ 17.569,80	€ 798,83	€ 18.368,43	€ -	€ 28.225,74	€ 18.456,01
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 36.000,00	€ -	€ 36.000,00	€ 87,58	€ 28.225,74	€ 28.313,32	€ 8.886,88	€ 17.569,80	€ 798,83	€ 18.368,43	€ -	€ 28.225,74	€ 18.456,01
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI													
Riservati a riserva	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 11.883,33	€ -	€ 11.883,33	€ 8.318,87	€ 470,00	€ -	€ 110,00	€ 300,88	€ 300,88	€ 11.793,33
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 11.883,33	€ -	€ 11.883,33	€ 8.318,87	€ 470,00	€ -	€ 110,00	€ 300,88	€ 300,88	€ 11.793,33
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Entrate varie	€ 40.000,00	€ -	€ 40.000,00	€ 42.585,96	€ -	€ 42.585,96	€ 2.585,96	€ 14.000,00	€ -	€ 14.001,88	€ 88,12	€ 88,12	€ 68.587,74
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 40.000,00	€ -	€ 40.000,00	€ 42.585,96	€ -	€ 42.585,96	€ 2.585,96	€ 14.000,00	€ -	€ 14.001,88	€ 88,12	€ 88,12	€ 68.587,74
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.784.000,00	€ 2.784.000,00	€ 2.527.893,77	€ 213.827,14	€ 2.546.710,71	€ 10.518,84	€ 869.218,83	€ 180,37	€ 838.072,86	€ 652.423,11	€ 838.494,87	€ 2.899.118,81	
ALLENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI													
Allocazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale allocazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
SEZIONE DI COMPETENZA													
SEZIONE DI RESERVA													
SEZIONE CASSA													
ALLENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE													
Vendita immobili ad altro	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale allocazione di immobilizzazioni tecniche	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
RISCOSSIONE DI CREDITI													
Riscossione crediti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale riscossione di crediti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE													
Trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale trasferimenti in conto capitale	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
ASSUNZIONE DI MUTUI													
Assunzione mutui	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale Assunzione di mutui	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI													
Assunzione debito finanziario	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Totale assunzione di altri debiti finanziari	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
ENTRATE AVVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO													
Riserve erariali	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 207.690,91	€ -	€ 207.690,91	-€ 12.960,00	€ -	€ 44,26	€ -	€ 44,26	€ -	€ 44,26	€ 207.690,91
Riserve previdenziali	€ 70.000,00	€ 70.000,00	€ 48.231,87	€ -	€ 48.231,87	€ -	€ 23.768,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 48.231,87	
Altra partita di giro	€ 20.000,00	€ 20.000,00	€ 91.607,79	€ 8.828,78	€ 91.607,79	€ -	€ 82.766,57	€ -	€ 8.864,87	€ 0,34	€ 3.188,42	€ 2.398,81	€ 11.188,29
IVA Spati Payment	€ 190.000,00	€ 190.000,00	€ 80.201,09	€ -	€ 80.201,09	€ -	€ 89.796,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 89.796,90
Totale avventi natura di partite di giro	€ 480.000,00	€ 480.000,00	€ 327.730,66	€ 8.828,78	€ 327.730,66	-€ 12.960,00	€ 113.575,27	€ 44,26	€ 82.814,63	€ 44,56	€ 3.188,42	€ 11.188,29	€ 430.431,15
TOTALE ENTRATE	€ 3.264.000,00	€ 3.264.000,00	€ 2.755.624,43	€ 222.655,92	€ 2.755.624,43	€ 44.821,84	€ 982.794,10	€ 7.300,63	€ 920.911,49	€ 652.467,67	€ 841.989,29	€ 3.110.311,15	
TOTALE GENERALE	€ 3.264.000,00	€ 3.264.000,00	€ 2.755.624,43	€ 222.655,92	€ 2.755.624,43	€ 44.821,84	€ 982.794,10	€ 7.300,63	€ 920.911,49	€ 652.467,67	€ 841.989,29	€ 3.110.311,15	

Già un successo la seconda *tranche* di “OPI Cultura”

Con la visita guidata del 16 marzo 2025 al quartiere Testaccio, è iniziata la seconda *tranche* di incontri di “OPI Cultura”, un progetto che, via via, sta riscuotendo sempre più successo tra gli iscritti dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche OPI di Roma.

Andare oltre l’Infermieristica *tout court*, infatti, è lo scopo di questa iniziativa, fortemente voluta dal Consiglio Direttivo, per offrire un momento ludico e di condivisione ai colleghi che, tanto nel quotidiano quanto nelle emergenze, sono sempre al fianco degli altri, spesso trascurando i propri interessi.

Già con oltre 10 visite realizzate nel 2024, ora, l’OPI di Roma ha già messo in cantiere un nuovo calendario di 12 eventi, *in itinere* fino al 30 novembre 2025.

Con quest’iniziativa, si vuole offrire un momento completamente diverso dello stare insieme, che abbia un fine meramente culturale e ricreativo. Si tratta di occasioni programmate per condividere nuove esperien-

ze al di fuori del proprio ambito e luogo di lavoro, legate alla ricchezza del patrimonio culturale della Città eterna: le visite guidate, perciò, vogliono essere anche un’opportunità di incontro; un pretesto per ampliare le conoscenze personali e professionali tra infermieri; un momento di condivisione relazionale ed empatico, ma pure di confronto sulle proprie situazioni lavorative. E, non per ultimo, un’ulteriore occasione per avvicinarsi all’Ordine, ai suoi rappresentanti e alle sue iniziative, in un modo del tutto nuovo ed inconsueto.

Il progetto si avvale della professionalità di guide turistiche autorizzate, che condurranno tutti alla scoperta di luoghi, monumenti e musei di importante valore artistico dell’area metropolitana romana, e, quest’anno, poi, gran parte delle passeggiate culturali sono arricchite da attori e cantanti.

Ogni evento è presenziato da uno dei tre consiglieri referenti del progetto “OPI Cultura”: **Claudia Lorenzetti, Nadia Marciano e Silvia Sferrazza.**

Dopo la passeggiata al Testaccio, al Museo napoleonico e alle Terme di Diocleziano, il 27 aprile avrà luogo quella culturale con attori, dal titolo: “I 7 Re di Roma”. Ogni evento sarà completamente gratuito: basterà iscriversi, in tempo utile, attraverso “sailportal” (all’indirizzo ufficiale dell’Ordine, www.opi.roma.it), con le stesse modalità seguite per i corsi ECM.

La soddisfacente risposta della comunità infermieristica capitolina emerge chiaramente anche dal fatto che, ogni visita guidata incoraggia la nascita di diversi gruppi *wup* in cui, ogni partecipante, a margine dell’evento, condivide scatti e commenti: foto che, poi, vengono postati anche sugli *account* Fb e Instagram dell’OPI di Roma.

OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche
OPI CULTURA
“Oltre l’Infermieristica”

**20 A PIEDI PER
25 ROMA**

6 APRILE

TERME DI DIOCLEZIANO
Viale Enrico de Nicola, 78
Appuntamento ore 10:30
Durata visita: circa due ore
Max 24 partecipanti

ISCRIZIONI
QR CODE
SALVARE SOLO PER SOCIETÀ OPI ROMA

OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche
OPI CULTURA
“Oltre l’Infermieristica”

**20 A PIEDI PER
25 ROMA**

27 APRILE

I 7 RE DI ROMA
Appuntamento: Piazza Bocca della Verità
Termine tour: Piazza San Bartolomeo all’Isola
Ore 10:30-12:30
Durata tour: due ore circa
POSTI LIMITATI

ISCRIZIONI
QR CODE
SALVARE SOLO PER SOCIETÀ OPI ROMA



dalla FNOPI

Terzo Congresso nazionale “Ragionare, costruire e decidere assieme”



La folla di infermieri dai 102 OPI provinciali, che ha riempito il Palacongressi di Rimini dal 20 al 22 marzo scorso, ha sancito il successo del terzo Congresso nazionale della FNOPI, dal titolo: “Infermiere-Innovazione, sfide e soluzioni”.

Tornato in presenza dopo la parentesi del Covid-19, l'evento ha celebrato proprio il valore della condivisione: con gli iscritti, i cittadini, i pazienti e gli *stakeholder* istituzionali. Oltre alla *location* (scelta perché è stata un modo concreto per esprimere vicinanza alla Romagna, dopo le violente alluvioni del 2023 e 2024),



anche l'immagine scelta per veicolare i messaggi e gli obiettivi non è stata un caso: trovare la giusta combinazione per governare la crescente complessità che caratterizza il Sistema salute è un grande “cubo di Rubik” da risolvere, mettendo in ordine competenze, storie (umane e professionali), norme, progetti, criticità e opportunità. Perché per “risolvere” il cubo non si può pensare solo a un lato: è necessario che tutte le facce siano ben definite.

Anche la parola “Infermiere” nel titolo è elevata al cubo, per interpretare la necessità di potenziare la professione, come tre sono le parole-chiave attorno alle quali si sono sviluppati i lavori congressuali.

“Il problema degli infermieri è il problema di tutta l'Italia - ha sottolineato nel suo discorso di apertura la presidente della FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** -. Oggi sono 24 milioni le persone con una patologia cronica e 4 quelle con disabilità. Nel 2040, accadrà qualcosa senza precedenti nella storia: gli *over 50* saranno più degli *under 50* e, nel 2050, il 35% della popolazione avrà più di 65 anni. Un *mix* micidiale per la società tutta”. Parole che sono risuonate distinte davanti a oltre 4mila infermieri, al ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, e alle numerose autorità, non solo cittadine.

Anche il presidente della Repubblica, **Sergio Mattarella**, e quello del Senato, **Ignazio La Russa**, non hanno voluto far mancare un messaggio di auguri in apertura di lavori.

“Certo, all'attuale Governo e alle Commissioni parlamentari dobbiamo dare atto di non aver mai sottovalutato la questione infermieristica - ha continuato Mangiacavalli - e che le proposte avanzate dalla Federazione sono sempre state oggetto di riflessione e, in diversi casi, hanno trovato accoglimento. Apprezziamo le misure sulla libera professione, le indennità per i colleghi dell'emergenza/urgenza, la detassazione degli straordinari e l'arresto in flagranza differita, introdotto per arginare l'inaccettabile fenomeno delle aggressioni ai sanitari. E poi potremmo parlare di equo compenso, fino all'ordine del giorno, recentemente approvato in Senato, che impegna il Governo a istituire una sorta di Commissario straordinario che si focalizzi solo su questa tematica. Noi chiediamo che si continui nella concretizzazione di atti normativi strutturali!”.

Questo, senza dimenticare l'impegno, assunto proprio dal Ministro Schillaci, di partire con le Lauree magistrali specialistiche (“Cure Primarie e Sanità pubblica”; “Cure Pediatriche e Neonatali” e “Cure Intensive e nell'Emergenza”), condizione necessaria per quella che, un domani, sarà la prescrizione infermieristica di ausili e



presìdi, come avviene nella maggior parte dei Paesi avanzati. Tutte misure che aiutano a “sgranare” la professione e ad affrontare in maniera sistemica questioni dirimenti. Per rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione, si ha bisogno di infermieri specializzati: “Siamo pienamente consapevoli dell’importanza di garantire una formazione di qualità, che sappia introdurre le moderne innovazioni tecnologiche in linea con le sfide di una sanità moderna, efficiente e sempre più orientata a terapie individualizzate - ha spiegato il ministro dell’Università e della Ricerca, **Anna Maria Bernini**, nel messaggio inviato alla FNOPI -. Lavoriamo per rafforzare i percorsi accademici e di specializzazione, sostenendo la crescita professionale e la valorizzazione delle vostre competenze. Con le nuove Lauree, accanto alle competenze manageriali, gli infermieri acquisiranno competenze cliniche strategiche per il SSN”.



Ça va sans dire, c’è molta attesa fra gli infermieri per questa novità: oggi, che i Ministeri sono pronti a formalizzare il passaggio, sarà sicuramente una sfida per il contenuto delle nuove Lauree ma, soprattutto, perché si potrà finalmente liberare tutto il potenziale infermieristico e metterlo “a servizio” dei cittadi-

ni e del Sistema salute. Giovedì 20 marzo, prima della chiusura dei lavori affidata al sottosegretario alla Salute, **Marcello Gemmato**, due *talk* incentrati sul PNRR e gli scenari che riguardano l’Infermieristica.

Al primo (“Dopo il PNRR, gli scenari di domani per una professione in trasformazione”), moderato da **Corrado De Rossi Re**, Direttore di Sanità Informazione, hanno partecipato: **Maria Rosaria Campitiello**, Capo Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie; **Lorena Martini**, Responsabile AGENAS Formazione e ECM; **Nicola Volpi**, presidente OPI Perugia e consigliere Comitato Centrale FNOPI e **Maurizio Zega**, presidente OPI di Roma e vicepresidente FNOPI. “La Federazione, Ente sussidiario dello Stato, ha l’obbligo di proporre possibili soluzioni ai nuovi scenari epidemiologici che si vanno via via proponendo nel nostro Paese - ha spiegato quest’ultimo -. Infatti, benché gli infermieri siano i soli professionisti della salute sempre capaci di ‘adattarsi’ alle necessità del momento, è parimenti giusto attribuirgli i meriti che hanno. Noi sentiamo la necessità di fornire i dati, i numeri a chi governa, per aiutarli a farlo al meglio possibile. In Italia, si invecchia sempre di più e gli infermieri sono sempre meno: bisogna, perciò, parlare più diffusamente di sanità territoriale e proattività; di Lea infermieristici... ma per farlo bisogna partire dalle evidenze scientifiche e, su questo, abbiamo fatto dei passi da gigante!”. Zega, infatti, ha ricordato il ruolo del CECRI prima e del CERSI poi, come Centri di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica, in grado di produrre *output* spendibili a livello istituzionale, per motivare, in modo inoppugnabile, le richieste avanzate dalla Professione. “Le soluzioni siamo bravi a trovarle noi, ma abbiamo bisogno di flussi informativi più chiari e trasparenti, da mettere a disposizione di tutta la comunità scientifica: perché quello che non si misura non può essere migliorato!”, ha chiosato.



Entra in vigore il nuovo Codice Deontologico

Con la presentazione ufficiale al Congresso di Rimini, è entrato in vigore il testo aggiornato del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, già approvato all'unanimità dal Consiglio nazionale della Federazione il 21 febbraio 2025.

Alla presentazione (poco prima della cerimonia di chiusura, con la proclamazione della Mozione finale) hanno assistito alcuni degli esperti che hanno preso parte al processo di aggiornamento del Co-

dice: don **Massimo Angelelli**, direttore dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute; **Renato Balduzzi**, ex ministro della Salute e professore ordinario di Diritto costituzionale all'università del Sacro Cuore; **Cosimo Cicia**, coordinatore del gruppo di lavoro che ha revisionato il Codice deontologico del 2019 in-

sieme ai componenti del Comitato Centrale FNOPI; **Aurelio Filippini**, del Comitato Etico nazionale Istituto Superiore di Sanità; **Giuliana Masera**, docente dell'università di Parma, esperta in Bioetica.

A declamare gli articoli nella terza giornata congressuale, l'attore **Paolo Romano**.

Tre sono state le direttrici lungo le quali si è sviluppato il percorso di revisione a cui, oltre al Comitato Centrale, ai presidenti delle Commissioni d'Albo della FNOPI e agli Ordini provinciali (attraverso l'invio di 266 osservazioni) hanno partecipato anche: **Luisella Battaglia**, **Simona Calza**, **Maria Grazia De Marinis** e **Mario Morcellini**.

Il lavoro di revisione, iniziato nel 2023, è stato caratterizzato da 36 riunioni del gruppo di lavoro, e gli articoli aggiornati sono stati, complessivamente, 35.

I lavori si sono concentrati su:

1. Normativa: analisi e inserimento dei principi di pertinenza delle nuove norme intervenute negli ultimi sei anni (ad esempio: principi di sussidiarietà degli Ordini, cumulo di impieghi, pubblicità sanitaria, equo compenso, CTU)

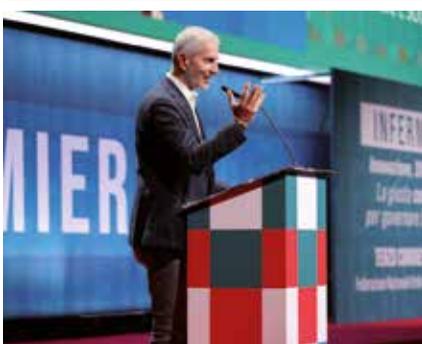
2. Società, *education* e comunicazione: analisi e riflessione sui cambiamenti sociali intercorsi (in tema di comunicazione e approccio *One Health* tra cui la sostenibilità ecologica, discriminazione nelle diverse età della vita e approcci alla cura comunitaria, fragilità digitale)

3. Professione: analisi e riflessione sui cambiamenti in corso (come gestione delle emergenze pubbliche, tecnologia e digitalizzazione nei processi di cura, principio di supporto e solidarietà professionale)

Il testo è stato reso disponibile tramite migliaia di opuscoli distribuiti ai congressisti, ma ora è anche consultabile sul portale ufficiale della FNOPI, mentre, a questo [link](https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf), è possibile scaricarlo in formato pdf: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf



Mostre, eventi, *talk*, Cives e il Villaggio della simulazione



Durante il Congresso, non solo la Sala plenaria, ma anche gli altri ambienti del Palacongressi di Rimini sono stati interessati dalle diverse attività in parallelo ai *talk* istituzionali.

Experience Area

Al piano terra è stato possibile navigare in esclusiva il sito del progetto: "Infermieri, oggi, domani", oltre che visitare alcune sezioni del Museo Internazionale dell'Arte Filatelica Infermieristica e quelle del MOSAI, Mostra Storica dell'Assistenza Infermieristica di Bologna.

Villaggio della formazione in simulazione

Al primo piano, 10 *simulation room* a disposizione dalle 12.30 del 20 marzo alle 13.30 del 22,

con 10 corsi (ciascuno della durata di 90 minuti) ripetuti secondo un calendario prestabilito, così da garantire l'esperienza a quanti più infermieri possibile.

Evento formativo SIMMED

Il seminario del 21 marzo ha esplorato le potenzialità della formazione in Simulazione nell'ambito infermieristico, migliorando le abilità operative tecniche, le capacità comunicativo-relazionali, la consapevolezza delle situazioni, la capacità di *leadership* e *team work* degli operatori sanitari.

Evento formativo CIVES

Il 22 marzo, nell'area esterna al Palacongressi (dov'è stato allestito il Villaggio del volontariato infermieristico), c'è stato il tempo per conoscere il sistema di protezione Civile, le aree di attesa, le strutture campali e per vivere un'esercitazione pratica, con il coinvolgimento della popolazione.

Giornata della Libera Professione

Il 21 marzo, successo anche per il confronto con le istituzioni e gli *stakeholder* di grande interesse per la professione infermieristica, per mantenere uno sguardo prospettico e cogliere le opportunità che questi tempi stanno proponendo.

Gianrico Carofiglio

Il 21 marzo, in apertura dei lavori, lo scrittore ed ex magistrato barese ha tenuto un seguitissimo e emozionante *speech* sul tema della "gentilezza".

Paolo Cevoli

Nel primo pomeriggio del 21 marzo, il comico romagnolo (nel cast di "Zelig") è intervenuto con "I fatti mi cosano", ovvero il racconto romanizzato della sua famiglia di albergatori della riviera adriatica, invitando tutti a non sottovalutare mai il valore della "leggerezza" e dell'ironia.

Tosca

L'artista romana ha incantato la platea la sera del 21 marzo. In "Conversa-concerto", accompagnata da chitarra e violoncello, non ha lesinato aneddoti su di sé, oltre a cantare i suoi maggiori successi e diversi brani della tradizione romana e partenopea.





dalla FNOPI

Maurizio Zega vicepresidente dell'*European Nursing Council*

Durante la giornata conclusiva del terzo Congresso della FNOPI, svoltosi a Rimini, la Federazione nazionale-FNOPI è entrata ufficialmente a far parte dell'*European Nursing Council* (ENC), organismo che, dal 2004, riunisce gli Enti di regolamentazione della professione infermieristica in Europa. E lo ha fatto dalla porta principale, con la vicepresidenza affidata all'Italia e, nello specifico, al vicepresidente nazionale e presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega**.

A sancire l'evento è stata la firma di un accordo tra la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, e il presidente dell'ENC, **Mircea Timofte**, intervenuto assieme al CEO, **Theodoros Koutoubas**.

Il documento punta a rafforzare la regolamentazione dell'assistenza infermieristi-

ca, i diritti dei pazienti e la salute e la sicurezza pubblica in tutta l'Unione europea. "Lavoreremo insieme per fornire un'assistenza di alta qualità ai cittadini della UE, promuovendo lo sviluppo professionale continuo degli infermieri e garantendo l'idoneità alla professione e il rispetto dei Codici deontologici", si legge nel testo.

"Credo si tratti di un momento particolarmente significativo per l'intera professione - ha commentato Zega -. Il nostro scopo è far crescere sempre di più l'Infermieristica a livello globale, diventando una garanzia di salute per la popolazione dentro e fuori l'Italia".

Negli ultimi anni, la FNOPI ha avviato interlocuzioni sempre più proficue con l'OMS Europa e con altri Organismi di settore (anche grazie alla mediazione del ricercatore CECRI **Alessandro Stievano**, referente per gli Affari Europei e *Chief Nursing Officer* nominato dal Ministero per rappresentare l'Italia nei contesti europei e mondiali) per rafforzare la capacità di fare rete con gli Enti regolatori dei vari Paesi.

A Roma, infatti, nell'ottobre 2024, si sono svolti due importanti eventi a cui, assieme ai referenti dell'OMS, hanno partecipato i rappresentanti delle istituzioni infermieristiche di Europa e del mondo. Due giorni di riflessioni e confronto confluiti in un *position statement*, dal titolo: "Sviluppo delle professioni infermieristiche in Europa e nel mondo".

"In questo momento, ora che la FNOPI entra con un ruolo di rilievo nell'ENC, voglio ringraziare due persone importanti e significative per tutta l'Infermieristica italiana: **Gennaro Rocco** e **Loredana Sasso**", ha chiosato Zega.



Giornata nazionale del personale sanitario Nuovi modelli per valorizzare le professioni

Il 20 febbraio scorso, alle Corsie Sistine di Roma, nel complesso di Santo Spirito in Sassia, oltre 800 professionisti sanitari si sono dati appuntamento per la seconda Giornata nazionale del personale sanitario e socio-sanitario, del personale assistenziale, socio-assistenziale e del volontariato, istituita con la Legge 13/11/2020, in onore di quanti, nel corso della pandemia da Coronavirus, sono stati in prima linea per garantire il diritto alla salute e alla tutela della dignità di ogni persona. Un'occasione utile anche per discutere del rinnovamento e del futuro delle professioni, visto che è sempre più urgente la necessità di confrontarsi per rinnovarsi, mettendo il diritto alla salute dei cittadini fra le priorità nelle agende di tutti i soggetti coinvolti.

“Valorizzare il nostro personale non è più procrastinabile - ha detto chiaramente nell'applaudito intervento la presidente della Federazione nazionale-FNOPI, **Bar-**

bara Mangiacavalli -. È necessario aiutarlo a crescere di numero, ma anche migliorarne e aggiornarne le competenze. Perché? Perché questo equivale a migliorare, al contempo, lo stesso Servizio Sanitario Nazionale”.

Bisognerà, dunque, lavorare sulle professioni rappresentate quel giorno, sulla loro formazione accademica, sugli eventuali percorsi di carriera e, ovviamente, sulle remunerazioni, che restano di gran lunga inferiori a quelle dei colleghi d'Oltralpe.

“Il nostro SSN è preziosissimo, ma c'è bisogno di una sorta di 'manutenzione straordinaria'. Dobbiamo pensare a nuovi modelli, a nuove modalità per affrontare le sfide che abbiamo di fronte, all'innovazione tecnologica e dei processi organizzativi e assistenziali come cose che non possono più aspettare. Noi infermieri siamo un elemento-chiave su cui intervenire, visto che valorizzare le professioni infermieristiche significa garantire al Paese anche il contributo che queste figure devono e vogliono dare. Dibattiamo qui, oggi, di queste problematiche proponendo una logica sempre più multiprofessionale, multidisciplinare e di lavoro di equipe, sapendo quale genere di contributo la famiglia infermieristica può dare”, ha concluso Mangiacavalli.

La Giornata è stata aperta dalle parole del ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, che ha discusso sul tema del “Rinnovamento delle professioni per una nuova sanità”. In sala, oltre al Ministro, erano presenti: **Francesco Zaffini** (presidente Commissione Salute del Senato); l'onorevole **Ugo Cappellacci** (presidente Commissione Salute della Camera) e l'onorevole **Marcello Gemmato** (sottosegretario Ministero della Salute). All'evento è pervenuto anche il messaggio di saluto della presidente del Consiglio, **Giorgia Meloni**, che ha espresso vicinanza a tutti i professionisti della salute, soprattutto per l'impegno profuso in favore della crescita del SSN.



Medici, Infermieri e Farmacisti “Insieme per il sistema sanitario”



Con un documento condiviso e l'incontro, a inizio aprile, con il presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**, medici, infermieri e farmacisti della Capitale si sono uniti per proporre un nuovo modello di assistenza territoriale; valorizzare le competenze professionali; condividere la formazione (anche quella interprofessionale); per parlare di innovazione tecnologica e umanizzazione delle cure; allo scopo di mettere in piedi un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sostenibile, equo e partecipato. In sintesi, cinque punti che i tre Ordini di Roma

hanno approvato nel corso di un Consiglio direttivo congiunto, svoltosi presso l'Omceo Roma.

Il testo vuole promuovere un modello di sanità integrata, territoriale e centrata sul paziente, in cui le diverse competenze professionali operino in sinergia, con obiettivi comuni e nel rispetto reciproco.

I tre presidenti: **Maurizio Zega** (OPI); **Antonio Magi** (OMCeO) e **Giuseppe Guaglianone** (OFRPR), vista la sfida posta dal SSN; l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità, la disomogeneità territoriale nell'erogazione delle cure e le nuove possibilità offerte dall'innovazione scientifica e digitale, hanno discusso del rovesciamento del paradigma organizzativo, da una sanità di attesa ad una proattiva e territoriale.

La salute del futuro non può prescindere da una forte organizzazione territoriale, favorita dall'integrazione operativa che valorizzi le specificità. La cooperazione tra medici, infermieri e farmacisti deve essere alla base di percorsi assistenziali integrati per i pazienti cronici e della promozione attiva della prevenzione e dell'educazione sanitaria. Ciò, valorizzando le competenze professionali e il pieno riconoscimento di tutte le figure coinvolte: il medico come responsabile del processo clinico nei vari *setting* assistenziali; l'infermiere come responsabile del processo assistenziale, della continuità di cura ospedale/territorio e dell'*empowerment* del paziente; il farmacista come professionista del farmaco.

Rispetto alla formazione, si propone lo sviluppo di percorsi comuni, sin da quelli di Laurea, fino alla formazione permanente, su temi come: cronicità, aderenza e gestione farmacologica integrata; innovazione tecnologica e digitale (intelligenza artificiale, teleassistenza, fascicolo sanitario elettronico condiviso), telemedicina e *telenursing*; educazione sanitaria e *counselling*; umanizzazione delle cure. Pertanto, gli Ordini chiedono di investire per: favorire la digitalizzazione integrata tra le professioni; garantire l'accesso uniforme ai dati clinici nel rispetto della *privacy*; rafforzare la presenza umana nella relazione con il paziente.

Rispetto al SSN, gli Ordini firmatari chiedono: il rafforzamento dell'investimento nella sanità; la riduzione delle disuguaglianze territoriali; il coinvolgimento delle professioni sanitarie e concordano che l'istituzione di un tavolo di concertazione dei tre Ordini con la Regione avrebbe il benefico effetto di offrire il frutto dell'esperienza ordinistica in modo strutturale, come già spesso manifestato all'amministrazione.



dalla REGIONE

Fast Care in Pronto Soccorso: partita la sperimentazione al Policlinico Tor Vergata

Al Policlinico Tor Vergata è partita la sperimentazione del progetto *Fast Care* in Pronto Soccorso (PS).

Il progetto, pensato appositamente per contribuire a decongestionare il PS, è ispirato al “*See and Treat*” (“S&T”) e consiste in un modello a gestione infermieristica di risposta assistenziale a quella casistica che, in uno scenario ottimale, non dovrebbe giungervi perché più propriamente gestita in *setting* territoriali.

Il dato rilevante che ha motivato l’implementazione di questa strategia operativa deriva da uno studio osservazionale longitudinale condotto proprio presso il Policlinico romano nel 2023, i cui numeri emersi sono stati pressoché confermati nel 2024. Durante tale periodo, il 31% degli accessi in PS, secondo il **Triage** Modello Lazio (TML), sono stati classificati come “Codici 4 e 5”. Conseguentemente, analizzando i dati, è emerso che il 60% di questi pazienti sarebbero stati eleggibili al percorso *Fast Care*, poiché presentavano problemi o sintomi compatibili con i criteri identificati nel progetto. Circa il 18% degli accessi presso il PS del Policlinico di Tor Vergata, in quegli stessi mesi, potevano ricevere cure tempestive, personalizzate e continuative, evitando ulteriore pressione ai flussi già di per sé impegnativi della rete emergenziale. Il modello *Fast Care* mira a ridisegnare il percorso di cura nei servizi di emergenza-urgenza, ponendo il paziente al centro delle decisioni assistenziali e garantendo un *continuum* di assistenza che si estende dal contesto ospedaliero, ai servizi territoriali, fino al domicilio.

L’infermiere, in qualità di figura cardine del modello, svolge un ruolo proattivo nella gestione del paziente, pianificando interventi personalizzati basati sulle specifiche esigenze cliniche e sociali, in collaborazione con il medico *tutor*. Questo approccio

consente non solo un’efficace presa in carico del paziente (con una patologia codificata come “urgenza minore” o “non urgenza” all’ingresso in PS), ma anche l’integrazione di servizi aggiuntivi e l’erogazione di cure continuative al momento della dimissione ospedaliera.

Il percorso di cura si fonda, perciò, su una triade di ruoli: l’infermiere *Fast Care*, il medico *tutor* e il *Case Manager* di PS, tutti adeguatamente formati. Un ulteriore elemento distintivo di questo modello è l’introduzione di un *follow-up* telefonico infermieristico, mirato al monitoraggio continuo delle condizioni cliniche del paziente: elemento assente in altri modelli di gestione di *overcrowding* in PS. Ciò permette di rilevare tempestivamente eventuali cambiamenti nel suo stato di salute, ottimizzando la gestione delle complicanze, minimizzando la discontinuità delle cure e riducendo il rischio di riammissioni ospedaliere.

Il paziente che accede in PS verrà valutato secondo il TML dall’infermiere triagista e, se codificato come “urgenza minore” o “non urgenza”, secondo un protocollo interno, sarà gestito autonomamente dall’infermiere *Fast Care*. Ogni azione/prestazione sarà accuratamente annotata sul sistema GIPSE nella cartella del paziente e, in qualunque momento del percorso, lo stesso potrà essere dirottato al percorso ordinario (per peggioramento della sintomatologia e/o necessità di ulteriori esami specialistici) e viceversa, nonostante sia stato inizialmente identificato come “urgenza minore” o “non urgenza”. L’infermiere *Fast Care* potrà confrontarsi e avvalersi del medico *tutor* ove necessario, offrendo e garantendo uno standard assistenziale, terapeutico ed educativo ottimale, secondo quanto definito dalle linee guida internazionali.

Il percorso sarà coordinato dal *Case Manager* infermieristico di PS, che si occuperà di garantire la realizzazione del percorso e assicurare una gestione integrata, con l’obiettivo di migliorare l’efficacia e l’efficienza delle cure.

Il *Case Manager* infermieristico di PS si occuperà di ricontattare telefonicamente i pazienti trattati a 15 e a 30 giorni dalla dimissione (*follow-up* infermieristico), per valutare la soddisfazione delle cure e per comprendere se l’intervento terapeutico/educativo è stato risolutivo, agendo tempestivamente su eventuali necessità assistenziali del paziente. Insomma, il modello *Fast Care* si basa su quattro pilastri fondamentali:

1) integrazione dei Servizi Sanitari: l’integrazione tra ospedale e territorio consente di evitare fram-



mentazioni nel percorso di cura. Questo approccio prevede la creazione di équipe multidisciplinari che collaborano per garantire continuità assistenziale e presa in carico globale del paziente;

2) personalizzazione delle cure: ogni paziente viene gestito secondo un piano di cura personalizzato, definito in base alle sue specifiche necessità cliniche e sociali. Essa migliora l'aderenza terapeutica e promuove un maggiore coinvolgimento del paziente nel processo decisionale;

3) accessibilità e proattività: la creazione di percorsi rapidi per le urgenze minori e l'uso di tecnologie digitali, come la telemedicina, favoriscono un accesso tempestivo ai servizi, riducendo i tempi di attesa in PS e migliorano l'esperienza del paziente;

4) *follow-up* e monitoraggio continuo: il *follow-up* telefonico infermieristico garantisce un monitoraggio costante delle condizioni cliniche del paziente. Questa strategia riduce le complicanze e previene riammissioni evitabili.

Il modello organizzativo proposto, pur trovando ispirazione dal modello "S&T", presenta alcune differenze sostanziali: il personale assegnato al percorso è infermieristico e coadiuvato dal medico che svolge una attività di tutoraggio, a differenza del modello "S&T", nel quale la figura del medico e dell'infermiere sono intercambiabili per questa specifica attività; le problematiche sono chiaramente identificabili e risolvibili con prestazioni semplici; il percorso è stato progettato in modo da non sovrapporsi ad altri percorsi già attivi, come ad esempio il percorso *fast-track*. Tale configurazione garantisce una netta distinzione tra le finalità,

i criteri di accesso e le modalità operative dei due percorsi, evitando interferenze o duplicazioni nei processi assistenziali; applicazione clinica: i sintomi e le problematiche si differenziano da quelli del "S&T", concentrandosi su un ambito più ristretto di casistiche cliniche; il modello organizzativo proposto è rivolto ad infermieri già esperti di PS e *Triage*, configurandosi, pertanto, con un approccio didattico diverso rispetto al modello "S&T", mirato all'approfondimento di una ridotta gamma di casistiche cliniche; pur condividendo, con il "S&T" gli obiettivi di efficienza, rapidità e ottimizzazione dei percorsi clinici per i pazienti con patologie minori, il modello *Fast Care* si propone di garantire una continuità assistenziale volta a ridurre le riammissioni al PS, e, perciò, prevede che nei 30 giorni successivi alla dimissione vi siano almeno un paio di *follow-up* telefonici.

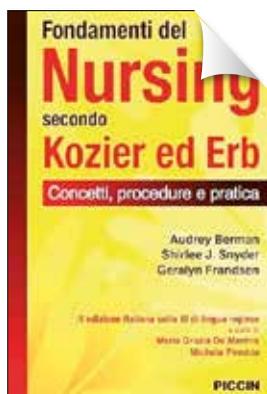
L'auspicio è che questo modello, assieme ad altre manovre organizzative che si stanno implementando all'interno del Policlinico romano (potenziamento dei *fast track*, percorsi dedicati, ospedale di comunità, etc), possa contribuire a gestire, nel migliore dei modi, tale tipologia di pazienti che accede nel PS e, al contempo, decongestionare la rete dell'emergenza, a favore dei codici ad alta priorità e maggiore complessità.

Isabella Mastrobuono, *Commissario Straordinario, PTV, Roma*

Alessandro Sili, *Direttore Professioni Sanitarie e Sociali, PTV, Roma*



Un'ampia gamma di argomenti per gli studenti di Infermieristica



Laura Scozzo
Claudia Lorenzetti

Berman Audrey, Snyder Shirlee J.,
Frandsen Geryl
**Fondamenti del Nursing secondo
Kozier ed Erb.**
Concetti, procedure e pratica
PICCIN editore, 2023
(1440 pagg, 88 Euro)

“**F**ondamenti del Nursing secondo Kozier ed Erb. Concetti, procedure e pratica” è un testo completo e dettagliato che si rivolge in particolare agli studenti di Infermieristica.

Il lavoro è organizzato in 44 capitoli e copre un'ampia gamma di argomenti, dalle basi teoriche dell'Infermieristica alle procedure basate sulle più recenti evidenze scientifiche. Nove, invece, sono le Unità, ognuna dedicata ad un aspetto specifico dell'assistenza infermieristica e, per tutte, è previsto un approfondimento circa le più recenti evidenze. In coda, è presente un'appendice di verifica delle conoscenze, utile per monitorare l'apprendimento e le competenze del discente. Alla fine di ogni capitolo, gli autori riportano la sintesi dell'argomento trattato: un caso clinico con focus sul pensiero critico, test sulla conoscenza, letture di approfondimento e bibliografia. In ultimo, è provvisto anche di un Glossario, con la definizione dei principali termini presenti.

Il libro è corredato di molteplici immagini, box e aree esplicative di abilità specifiche, utili a facilitarne la consultazione.

Propone, inoltre, collegamenti con le competenze QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*), che ha la finalità di raggiungere - e mantenere costanti - la qualità e la sicurezza nella pratica infermieristica, per l'erogazione di un'assistenza di alta qualità. Quest'idea editoriale della Piccin si propone come una fonte completa ed attendibile per la formazione degli studenti del Corso di Laurea triennale in Infermieristica. E, in ogni caso, risulta essere un riferimento indispensabile per chiunque sia coinvolto nel campo dell'Infermieristica, in senso generale.

La sua completezza, l'approccio pratico e l'aggiornamento scientifico lo rendono, pertanto, una preziosa risorsa per la formazione e la pratica professionale, utile tanto per lo studio che per la consultazione quotidiana.



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

Il decreto milleproroghe e la nuova scadenza per i crediti ECM relativi al triennio 2020 - 2023

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.

Il Decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 20 (c.d. Decreto Milleproroghe), convertito con la legge n. 15 del 21 febbraio 2025, ha apportato, con l'articolo 4, comma 2-*bis*, importanti novità per quanto riguarda la formazione continua in Medicina.

Si ricorda che i crediti ECM (Educazione Continua in Medicina) rappresentano l'attività formativa obbligatoria per i professionisti sanitari, il cui conseguimento ha, come finalità, quella di garantire che i professionisti della salute siano costantemente aggiornati e possano migliorare le proprie competenze e conoscenze, adeguandosi alle nuove tecnologie in campo scientifico e medico.

La Commissione nazionale per la formazione continua ha stabilito che, per il triennio 2023-2025, l'obbligo formativo si intende assolto con il conseguimento di n. 150 crediti formativi da dover acquisire entro il 31 dicembre 2025.

Per quanto concerne, invece, i trienni precedenti, il Decreto Milleproroghe 2025, come anticipato, ha introdotto due importanti novità, prevedendo le due seguenti proroghe:

1. per il **TRIENNIO 2020-2022**, il termine ultimo per l'assolvimento dell'obbligo formativo relativo all'acquisizione dei crediti formativi è stato prolungato di ulteriori due anni. Pertanto, la scadenza prevista per il conseguimento dei crediti per il triennio 2020-2022, originariamente fissata al 31 dicembre 2023, **è stata prorogata al 31 dicembre 2025.**

2. Anche per il **TRIENNIO 2020-2022**, così come era già stato previsto per quelli 2014-2016 e 2017-2019, la certificazione dell'assolvimento dell'obbligo formativo può essere conseguita, in caso di mancato raggiungimento degli obblighi formativi nei termini previsti, attraverso crediti compensativi definiti con provvedimento della Commissione nazionale per la formazione continua.

Pertanto, si rimane in attesa dei provvedimenti da parte della Commissione nazionale.

Il prolungamento dei termini per poter regolarizzare la propria posizione in materia di formazione continua, rappresenta senz'altro una misura di aiuto e supporto per tutti quei professionisti che, a causa delle difficoltà legate anche agli incessanti carichi di lavoro, non erano riusciti a completare il percorso formativo nei tempi previsti.

Non solo: la novità introdotta acquista particolare rilevanza anche con riferimento alla effica-

cia delle polizze assicurative di responsabilità professionale.

Si ricorda, infatti, che l'essere in regola con l'assolvimento dell'obbligo formativo acquista particolare rilevanza anche con riferimento alla validità delle polizze sottoscritte a copertura dei danni da responsabilità professionale.

Ed infatti, il D.L. 6 novembre 2021, n. 152, con l'articolo 38-*bis* ha stabilito quanto segue:

"Art. 38-bis Disposizioni in materia di formazione continua in medicina

1. Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina".

Ne consegue che, quanti non avranno raggiunto, oggi, alla data del 31 dicembre 2025, per effetto della proroga, con riferimento all'ultimo triennio utile (quello relativo al 2020-2022), almeno il 70% dei crediti ECM richiesti, potranno non ricevere copertura assicurativa in caso di apertura di un sinistro per un evento avverso.



SARA E MATTEO



...ALLORA, COME È ANDATO IL CONGRESSO DELLA FNOPI, COSA CI RACCONTATE?



È STATO INTERESSANTE ASCOLTARE IL RACCONTO SULLA PROFESSIONE.



È STATO IMPORTANTE SENTIR AFFERMARE, ANCHE DAVANTI ALLE AUTORITÀ, CHE ALL'INFERMIERISTICA ITALIANA SERVE «UN'EVOLEUZIONE SPECIALISTICA.»



QUESTI CONGRESSI ME LI IMMAGINO PIENI DI GENTE ADULTA, DI NOMI ALTISONANTI, ERAVATE GLI UNICI GIOVANI IMMAGINO...



EH! «SIGNOR TUTTO SBAGLIATO», FATTI UN GIRO SUI SOCIAL E LEGGI I COMMENTI...



...DAL 2018 NE SONO CAMBIATE DI COSE, OGGI DOCUMENTARE È FONDAMENTALE QUANTO POTER CONDIVIDERE E DISPORRE DEI DATI



BUONGIORNO DIRETTRICE!

ABBIAMO CAPITO CHE DOBBIAMO DOCUMENTARE LE NOSTRE ATTIVITÀ PER TRACCIARE I NOSTRI INTERVENTI, MISURARLI E MIGLIORARLI!

GIUSTO! «SCRIBO ERGO SUM»...

BUONGIORNO MATTEO, VOLEVO RINGRAZIARE TE, SARA E THIARE PER ESSERE STATI AL CONGRESSO FNOPI COME RAPPRESENTANZA DELL'OSPEDALE. COSA PORTERETE NELLA VOSTRA REALTÀ QUOTIDIANA?



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

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

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

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

FIGURE E TABELLE

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

L'OPI è 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.centrodieccellenza.eu



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



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



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