

Nursing FORESIGHT

N. 2 2023

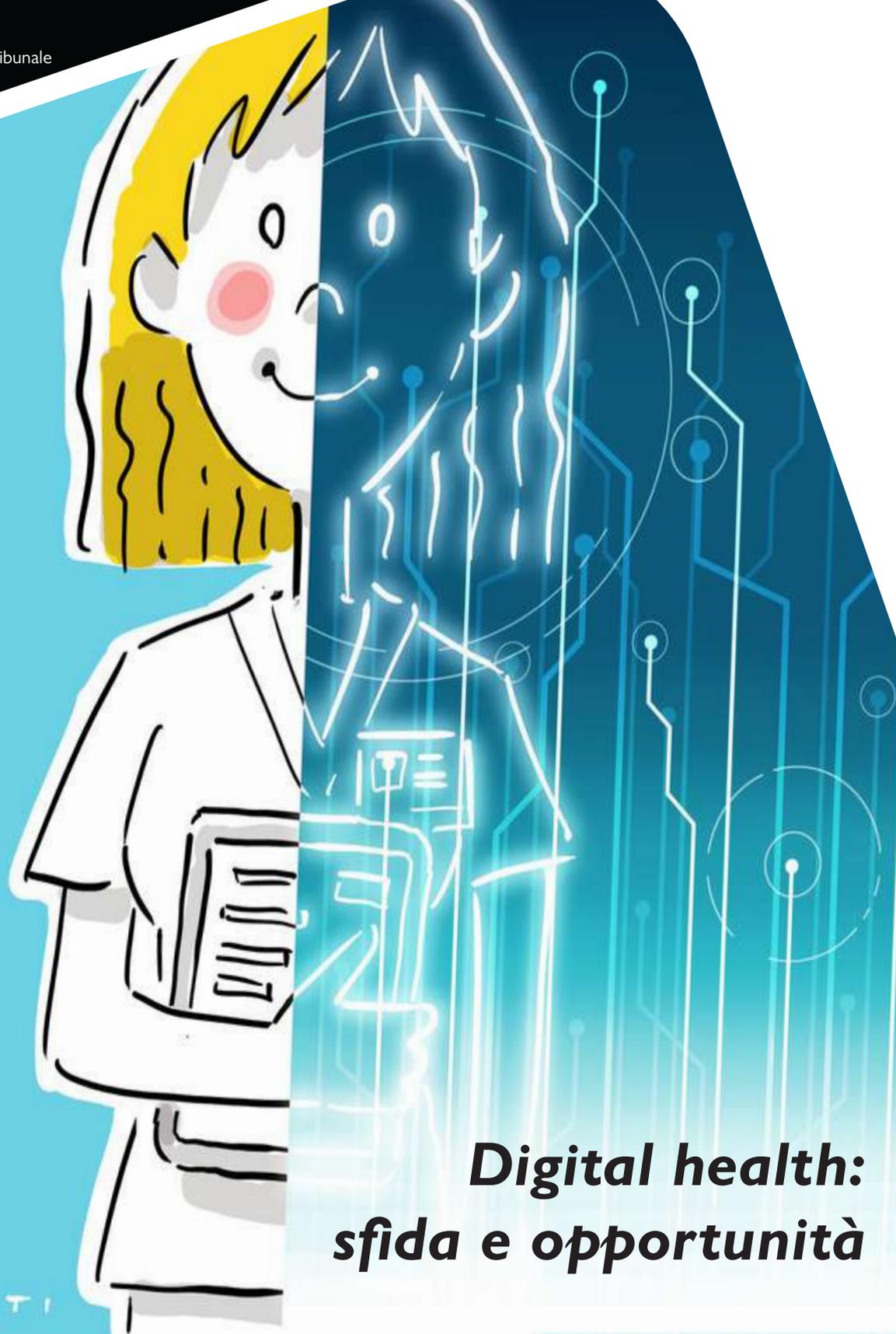
08.12.2023

NURSING FORESIGHT
Anno 33 - ISSN 1722-2214
In attesa di registrazione in tribunale

ISSN 1722-2214



Rivista quadrimestrale dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
della provincia di Pavia

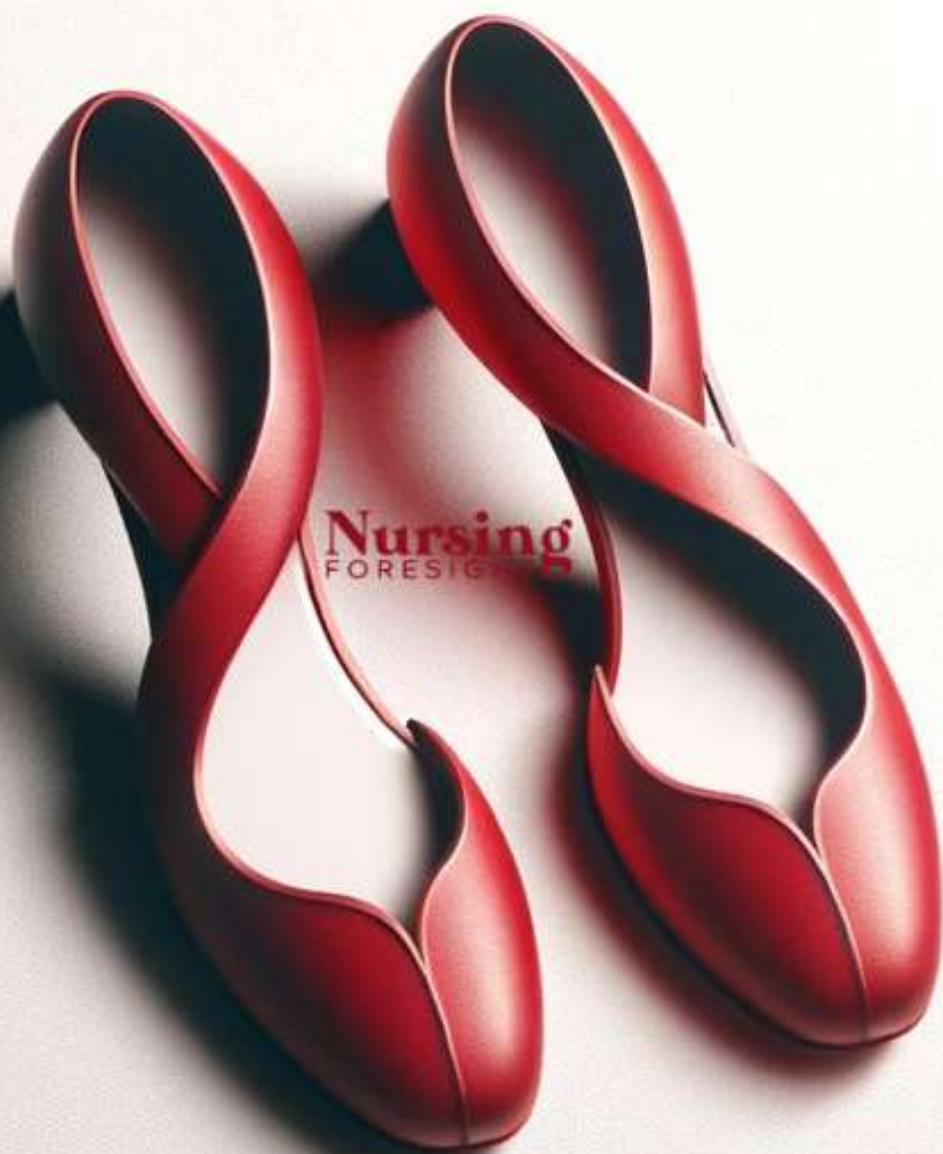


***Digital health:
sfida e opportunità***

*“la comunicazione elettronica
non sarà mai in grado
di sostituire il viso di qualcuno
che con la propria anima
incoraggia un'altra persona
ad essere coraggiosa ed onesta”*

Charles Dickens

Non una di più



INDICE

SEZIONE 1: NOTIZIE DALL'OPI

- 8** *Matteo Cosi*
Editoriale
- 9** *Comitato di Redazione*
- 10** *Comitato di Redazione*
Graduatoria "Premio Minerva 2023"
- 12** *Silvia Giudici*
25 Novembre 2023 - Giornata Internazionale per l'Eliminazione della Violenza contro le Donne
Isabel Santtiz
- 14** Le nostre speranze per il futuro sono ben riposte: gli studenti pavesi incontrano l'autore de "Inchiostro su pelle"
Ruggero Rizzini
- 16** Il collega pavese Rizzini e l'associazione AINS ODV vincitore degli Human Rights and Nursing Awards 2023
Toriello Antonietta, Fusco Maria Antonietta, Praticò Enza
"Basta, diamoci un taglio!" - L'alopecia secondaria a chemioterapia nel trattamento del tumore mammario: uno sguardo agli studi condotti presso la Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia.

SEZIONE 2: SPECIAL GUEST

- 20** *Ida Vangone, Sara Russo*
"PNRR e Digitalizzazione: l'inizio di una nuova era"
Pietro Giurdanella
- 22** Presentazione del Position Statement FNOPI:
Sanità Digitale. La persona assistita, la prossimità, la sanità digitale
- 25** POSITION STATEMENT SANITÀ DIGITALE
La persona assistita, la prossimità, la sanità digitale
Gianluca Conte
- 27** Pronti al cambiamento? Gli otto trend emergenti della salute digitale che ogni infermiere (pavese e non) dovrebbe conoscere
Irina Tudori, Fiorenza Bucci
- 30** Connessioni delicate: la salute digitale dei minori
Maria Cristina Sacchi
- 32** Sanità Digitale ed Electronic Health Records:
il potenziale inespresso e la complessità di implementazione

Editore:

Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) della Provincia di Pavia

REDAZIONE:**Direttore Responsabile:**

Dellafiore Federica

Direttore Editoriale:

Lorenzoni Monica

Segreteria di Redazione:

Conte Gianluca, Russo Sara, Vangone Ida

Comitato di Redazione:

Baldini Paolo, Borri Michele, Casole Lorenzo, Giacom Chiara, Guardamagna Luca, Lampugnani Ilaria, Maggione Susanna, Monti Gaia, Orru Eleonora, Pedrazzoli Elisa, Rotondo Donato, Tudori Elena Irina

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Via Flarer 10 - 27100 Pavia (PV)
Tel. 0382/525609

INDICE

SEZIONE 3: ESPERIENZE SUL CAMPO

- Roberto Rovati*
34 L'informatizzazione come strumento decisionale e di governo per l'Infermiere: l'esperienza delle RSA di Gruppo Gheron
- Durante Agnese, Carmelo Pistone, Giulia Siri*
38 La tecnologia applicata alla terapia del diabete mellito di tipo I: una preziosa risorsa per il paziente e l'équipe di cura
- Federica Camera*
41 Assessment Manager, una nuova piattaforma digitale per la Cardiologia Riabilitativa: aspetti pratici, valutativi e prescrittivi
- Bersani Viviana, Mariapia Delle Donne, Paolo Giobbi Mancini, Antonio Valitutto, Chiara Cortellazzi*
44 Real Simulation nella gestione dell'emergenza intraospedaliera
- Myriam Bargiggia*
46 DigiHeart: un'esperienza nel campo dell'elettrofisiologia cardiaca

SEZIONE 4: CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- Luca Giuseppe Re, Barbara Bassola, Valentina Tommasi, Silvia Cilluffo, Massimiliano D'Elia, Marisa Brivio, Vincenza Aloia, Chiara Cartabia, Anna Rita La Torre, Stefania Celeste Rippa*
48 Le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico: una scoping review
- Sciara Rosaria Valentina, Gorla Ruben*
62 Rianimazione cardiopolmonare in ambito extraospedaliero, efficacia delle compressioni toraciche praticate dall'operatore sanitario vs compressioni toraciche erogate da dispositivi meccanici
- Silvia Rosso*
67 Competenze digitali e infermiere: una revisione della letteratura
- Dabija Stefan*
73 L'Assistenza Infermieristica nell'ottica dell'Antropologia: Comprendere le Differenze Culturali nella Cura dei Pazienti
- Donato Antonio Rotondo, Valentina Marta*
79 La valutazione dell'ambiente di apprendimento universitario in ambito infermieristico
- Luigi Iele*
85 L'impatto della digitalizzazione sanitaria sui Caregiver informali di pazienti con patologia cronica. Uno studio qualitativo

Hanno collaborato a questo numero:

Silvia Giudici, Isabel Santtiz, Ruggero Rizzini, Toriello Antonietta, Fusco Maria Antonietta, Praticò Enza, Ida Vangone, Sara Russo, Pietro Giurdanella, Gianluca Conte, Irina Tudori, Fiorenza Bucci, Maria Cristina Sacchi, Roberto Rovati, Durante Agnese, Carmelo Pistone, Giulia Siri, Federica Camera, Bersani Viviana, Mariapia Delle Donne, Paolo Giobbi Mancini, Antonio Valitutto, Chiara Cortellazzi, Myriam Bargiggia, Luca Giuseppe Re, Barbara Bassola, Valentina Tommasi, Silvia Cilluffo, Massimiliano D'Elia, Marisa Brivio, Vincenza Aloia, Chiara Cartabia, Anna Rita La Torre, Stefania Celeste Rippa, Sciara Rosaria Valentina, Gorla Ruben, Silvia Rosso, Dabija Stefan, Donato Antonio Rotondo, Valentina Marta, Luigi Iele, Valentina Biglieri, Arianna Bufano, Ettore Palma, Stefano Tartarotti, Paolo Baldini

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

In attesa di registrazione in Tribunale

INDICE

- Valentina Biglieri*
94 Il tocco empatico nell'ambito delle cure palliative.
La prospettiva dell'infermiere e la sua percezione:
revisione narrativa di studi qualitativi

- Arianna Bufano, Ettore Palma*
100 Esplorando il tele-nursing in ambito oncologico per pazienti
arruolati in trial clinici di fase I: un case study

SEZIONE 5: NON SOLO NURSING

- 103** *Le vignette di Stefano Tartarotti*
- 104** *Le perle di Baldini*
- 105** *Worth of Reading*
- 107** *Norme editoriali*

EDITORIALE

Gentili colleghi, sono orgoglioso di poter scrivere l'editoriale di questa rivista come Neopresidente di questo Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia che, con i suoi oltre 4000 iscritti, rappresenta un punto di riferimento per la nostra professione a livello regionale e nazionale. La rivista *Nursing Foresight*, ricca di contenuti, è parte di quegli obiettivi che il Consiglio Direttivo e la Commissione d'Albo attualmente in carica hanno voluto con forza. Mi complimento con la Redazione e tutti colleghi che hanno preso parte attiva a questo progetto, per il lavoro fin qui svolto. Come Consiglio Direttivo e Commissione d'Albo manterremo la volontà di premiare le *competenze* e le *best practice*, in linea con gli anni precedenti. In primis, nelle pagine di questo numero della rivista, troverete i vincitori del primo bando Minerva e gli articoli scientifici che sono stati inviati per la partecipazione. Inoltre, numerose altre iniziative sono state avviate e realizzate in questi anni destinate a tutti gli infermieri iscritti al nostro ordine provinciale, come l'apertura dei bandi per diventare istruttori BLS/D, rappresentanti nelle commissioni di laurea e rappresentanti nelle commissioni per gli esami finali degli Operatori di supporto. Questi sono stati alcuni degli esempi di trasparenza, apertura, condivisione e premialità (previa formazione), che il nostro Ordine da sempre persegue. Per tal ragione, ringrazio in particolar modo il past-President Borri Michele per l'attività svolta in prima linea negli scorsi anni e che continuerà ad essere presente con il suo supporto e guida esperta nel ruolo di Vicepresidente per il prossimo anno.

La storia di un Ordine Professionale racconta indirettamente la storia di una professione e in egual modo si proietta nel futuro. Quale futuro ci aspettiamo per una professione in fase di adattamento che, da sempre, ha posto le proprie radici nella relazione, nella competenza, nella fiducia, nel tocco e nella comunicazione, apparentemente in antitesi alla tecnologia e digitalizzazione?

Il bisogno di salute nei prossimi anni andrà crescendo, garantendo agli infermieri di poter svolgere la propria professione nel campo d'interesse, ma anche richiedendo necessariamente una diversificazione dell'offerta da parte di tutte le professioni sanitarie, e quindi l'infermieristica, che dovranno essere in grado di fornire prestazioni specialistiche.

Noi come infermieri non riusciremo numericamente a colmare per molti anni la richiesta di salute della società attuale, e sarà quindi necessario ridefinirci. È certo che non ci piegheremo a compromessi con facili soluzioni proposte a volte dalla politica, come quella di accettare colleghi stranieri che lavorano sul territorio lombardo senza iscrizione all'Ordine, creando disuguaglianze e mancanza di rispetto dei colleghi italiani e stranieri che seguono da decenni le normali regole d'ingaggio professionale. Il nostro futuro, lo sappiamo, non è quello di avere molti infermieri, ma di averli più qualificati: è ciò che il mercato e la popolazione stanno richiedendo da tempo, ma che la politica fatica ancora a comprendere. La strada che stiamo percorrendo come professionisti è in costante crescita; sono sempre più numerosi i colleghi che sentono la necessità di migliorare le proprie competenze intraprendendo percorsi di formazione avanzata, come master o laurea magistrale. È quindi necessario fare una riflessione sulle competenze infermieristiche necessarie per rispondere alle esigenze di salute future: l'infermiere del futuro dovrà essere più preparato, con competenze tecnologiche e digitali avanzate, ed essere presente in modo flessibile al domicilio del paziente. La digitalizzazione ed il supporto da remoto per una medicazione, una stomia, un problema nutrizionale, per fare educazione sanitaria o per stratificare un rischio, non saranno sostitutivi al rapporto duale dell'infermiere col cittadino/nucleo familiare, ma complementari per una relazione di cura che possa abbattere le barriere fisiche di distanza e arrivare anche dove prima non era possibile, aggiungendo possibilità di cura multidisciplinari. Non si tratta di sostituire il prodotto della nostra prestazione con una nostra sagoma digitale, ma di diversificare l'offerta sanitaria assistenziale al cittadino, in base alle esigenze del singolo ed alle risorse disponibili.

Parliamo oggi di nuove tecnologie usando strumenti software, cellulari ed ecografia, quando i nostri nuovi colleghi dovrebbero già affrontare il tema dell'intelligenza artificiale conversazionale, dobbiamo essere attenti a non rincorrere il cambiamento. *"Rispetto alle innovazioni tecnologiche del passato, che hanno coinvolto principalmente mansioni automatizzate, l'Intelligenza Artificiale avrà un impatto sulle attività non di routine..."*, scrive il Consiglio per il commercio e la tecnologia USA-UE 2022 (fonte Fanpage). Il percorso e gli obiettivi da perseguire sono chiari, "sfruttando" le indubbie e innumerevoli potenzialità delle nuove tecnologie e riorganizzando i modelli organizzativi assistenziali e la cultura infermieristica per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini in sinergia e supportati dalla tecnologia e dagli strumenti digitali.

Riguardo invece l'automazione, la professione infermieristica è tra quelle a più basso rischio di sostituzione, un vantaggio dovuto al tipico inquadramento di vicinanza tra paziente e infermiere; ne consegue però che più opereremo da remoto più saremo sostituibili. Sarà necessario, quindi, riequalizzare i nostri progetti e modelli assistenziali: così come in ogni concerto si necessita di alti, bassi, dolce, quieto, vivace, vibrazioni, sincronia, così noi dovremo come infermieri saper mixare presenza, prestazioni in remoto, analisi digitale dei bisogni, tocco, comunicazione e IA, per rendere unico il nostro agito nel campo della salute.

Siamo abituati a vedere la tecnologia nell'emergenza urgenza, sul territorio nelle cure domiciliari di persone dipendenti dalla ventilazione meccanica o dalla dialisi, ma il futuro è quello di arrivare puntuali alla casa dei cittadini con strumenti semplici meccanicamente, ma potenti nell'elaborazione dei risultati da remoto, per affrontare i bisogni di salute e ridurre l'incidenza delle malattie, favorendo l'aderenza terapeutica del cittadino, e per rendere il sistema sanitario sostenibile. Lo sviluppo digitale del territorio partirà da una massa critica di cittadini più ampia del passato e non potremo reggere l'impatto senza cambiare i modelli organizzativi e diversificando le prestazioni infermieristiche, il Sistema Sanitario Regionale che sarà sostenibile solo tramite la riqualificazione e la specializzazione degli infermieri stessi.

Come Ordine siamo e saremo qui a sostenere la formazione, la cultura e il cambiamento che è stato richiesto a gran voce dagli infermieri durante gli Stati Generali.

Il Presidente OPI PV
Matteo Così

EDITORIALE

Il comitato di Redazione Nursing Foresight

Cari colleghi,

Questo secondo numero della nostra rivista "Nursing Foresight", dal titolo: "*Digital Health: sfida e opportunità*", è dedicato alla sanità digitale e alle innovazioni, i vantaggi e le sfide che tale rivoluzione sta portando anche nel mondo della salute, e con cui noi infermieri dobbiamo inevitabilmente confrontarci. Quanto richiesto al personale sanitario è una rivoluzione in termini di nuove conoscenze e competenze, così come adattamento culturale e nuova mentalità all'approccio professionale. L'innovazione tecnologica e digitale che ha investito la sanità in questi ultimi anni non può essere ricondotta soltanto all'utilizzo di supporti e strumenti informatici da parte del personale sanitario o nel digitalizzare i processi cura. È molto, molto di più. Questo è ciò che abbiamo cercato di far emergere nelle prossime pagine, ponendo soprattutto enfasi su quanto la nostra categoria professionale possa e debba contribuire per il cambiamento.

"Il 60% di Medici e Infermieri saranno sostituiti dall'Intelligenza Artificiale entro il 2035". Ad affermarlo è il dott. Anthony Taylor, ingegnere informatico esperto nel settore dell'informazione e automazione in ambito sanitario" riporta il titolo di un articolo di *Assocare* dei giorni scorsi. Succederà veramente? Sarà possibile? O come dice Charles Dickens "la comunicazione elettronica non sarà mai in grado di sostituire il viso di qualcuno che con la propria anima incoraggia un'altra persona ad essere coraggiosa ed onesta"? Coniugare i vantaggi e l'innovazione dell'Intelligenza Artificiale con l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure sarà, secondo noi, la vera sfida dei prossimi anni per la nostra professione, a oggi già iniziata.

In questo numero, inoltre, presentiamo con molto piacere la graduatoria del "Premio Minerva 2023" per il miglior articolo scientifico. Ringraziamo di cuore i colleghi che hanno partecipato al bando inviando i loro progetti scientifici, e i colleghi dell'OPI di Pavia che hanno sostenuto questo progetto.

Rinnoviamo a tutti gli iscritti l'invito a contribuire attivamente alla creazione del prossimo numero di questo progetto editoriale, edito nel prossimo Maggio 2024, e sarà dedicato all'argomento "la ricerca nell'infermieristica". L'attuale Redazione auspica la partecipazione di voi colleghi per arricchire la rivista con contributi, esperienze dirette, o articoli scientifici, così da condividere con tutta la nostra comunità professionale le vostre esperienze che spesso rimangono nascoste.

Ricordiamo il nuovo sito internet dedicato alla rivista, che si può visualizzare al seguente link <https://www.nursingforesight.it/>, la pagina facebook "**Nursing Foresight**" e il profilo Instagram "**nursing_foresight**" e ringraziamo tutti i colleghi che hanno collaborato attivamente con noi per la creazione di questo numero della rivista.

Cogliamo l'occasione per augurare a tutti i colleghi Buone Feste.

Federica e Monica

Graduatoria “Premio Minerva 2023”

Il comitato di Redazione Nursing Foresight

Siamo lieti di annunciare la graduatoria del “Premio Minerva 2023” per il miglior articolo scientifico su Nursing Foresight per l'anno 2023.

Il premio Minerva 2023 è l'esito del bando di assegnazione di un contributo economico per i n. 2 migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight per l'anno 2023, che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia ha destinato, con Delibera n. 137 del 13/04/2023.

Il comitato di Redazione della rivista Nursing Foresight e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia si congratula con gli autori vincitori del premio, ringraziando tutti gli autori che hanno partecipato inviando i propri studi. Il vostro contributo alla ricerca infermieristica è fondamentale per l'avanzamento della professione.

La Commissione Giudicatrice della procedura di assegnazione di n. 2 contributi economici di € 500,00 (per un totale di € 1000,00) finalizzati a premiare i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight (approvato con Delibera N. 137 del 13/04/2023), composta da:

Dott. COSI Matteo, Dott.ssa DELLAFIORE Federica, Dott.ssa LORENZONI Monica, Dott. CONTE Gianluca si riunisce al completo per via telematica tramite la piattaforma Zoom il giorno 17 novembre 2023 alle 18:00 per le procedure di valutazione dei candidati.

La Commissione prende atto che, in base a quanto comunicato dalla Segreteria di Redazione, alla procedura partecipano n. 9 candidati per un analogo numero di contributi scientifici.

La Commissione prende visione del bando (approvato con Delibera N. 137 del 13/04/2023) e accerta l'assenza di vizi formali o documentazione incompleta nelle candidature.

Il lavoro dal titolo:

“Diventare madri nella migrazione: proposte assistenziali di affiancamento all'evento nascita nel rispetto della diversità culturale”

viene escluso dalle procedure di valutazione per assenza di autori iscritti a un qualsiasi Ordine delle Professioni Infermieristiche nazionale.

La valutazione dei lavori scientifici viene dunque effettuata secondo la griglia presentata nell'Art.4 del bando in oggetto:

- Pertinenza e rilevanza del lavoro rispetto allo specifico professionale (max 5 punti)
- Originalità del tema discusso (max 5 punti)
- Qualità della revisione bibliografica o del razionale teorico (max 5 punti)
- Rigore nella metodologia della ricerca (max 5 punti)
- Qualità dell'analisi dei dati (max 3 punti, ove applicabile)
- Implicazione per la pratica clinica e/o organizzativa (max 5 punti)
- Stile di citazione bibliografica (max 2 punti)
-

Ulteriori requisiti in caso di parità di punteggio sono dettagliati al medesimo articolo del bando in oggetto.

La Commissione procede alla valutazione sulla base di quanto stabilito nel bando.

Al termine dei lavori, la Commissione, confrontati gli esiti delle singole valutazioni, stila la seguente graduatoria generale di merito:

Titolo contributo	Punteggio complessivo
<i>Le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico: una scoping review</i>	29,3 / 30
<i>L'impatto della digitalizzazione sanitaria sui caregiver informali di pazienti con patologia cronica</i>	24,7 / 30
<i>Competenze digitali e infermiere: una revisione della letteratura</i>	22,0 / 30
<i>La valutazione dell'ambiente di apprendimento universitario in ambito infermieristico</i>	21,3 / 30
<i>L'Assistenza Infermieristica nell'ottica dell'Antropologia: Comprendere le Differenze Culturali nella Cura dei Pazienti</i>	18,0 / 30
<i>Rianimazione cardiopolmonare in ambito extraospedaliero, efficacia delle compressioni toraciche praticate dall'operatore sanitario vs compressioni toraciche erogate da dispositivi meccanici</i>	17,7 / 30
<i>Il tocco empatico nell'ambito delle cure palliative. La prospettiva dell'infermiere e la sua percezione</i>	17,0 / 30
<i>Gestione infermieristica della tossicità renale da Methotrexate: un caso clinico</i>	16,3 / 30

La Commissione individua quali vincitori della procedura i seguenti contributi:

AUTORE CORRISPONDENTE:

Dott. RE Luca Giuseppe

TITOLO ARTICOLO 1:

"Le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico: una scoping review"

AUTORE CORRISPONDENTE:

Dott. IUELE Luigi

TITOLO ARTICOLO 2:

"L'impatto della digitalizzazione sanitaria sui caregiver informali di pazienti con patologia cronica"

La seduta è tolta alle ore 19:30.

25 Novembre 2023 - Giornata Internazionale per l'Eliminazione della Violenza contro le Donne

Silvia Giudici, Membro CAI OPI Pavia
Ideatrice ed amministratrice del gruppo Inter Nos Sanità

La disparità e la discriminazione di genere era silentemente presente, o meglio era radicata, nella normalità del lavoro di cura. La violenza di genere nasce proprio da questo bisogno culturale, strutturale e socio-economico di mantenere il genere femminile in condizioni di subordinazione attraverso il "prendersi cura" degli altri. Oggi per fortuna in ambito sanitario non è più così.

Ma sappiamo riconoscerla? La Violenza di Genere è quella inflitta contro le donne e "significa ogni atto di violenza fondato sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà". (Dichiarazione Onu sull'Eliminazione della Violenza contro le Donne, art 1).

Il 25 Novembre è stato proclamato in ricordo di ciò che accadde nel 1960, proprio in quel mese, esattamente il giorno 25, quando vennero assassinate tre sorelle, Mariposa Patria, Minerva e Maria Teresa, perché contro la dittatura di *El Jefe* (il Capo), nome di battesimo *Rafael Leonidas Trujillo*, uomo politico dominicano, autoproclamatosi "generalissimo e benefattore del popolo" che divenne poi il 36° e 39° Presidente della Repubblica Dominicana (1930-1938 e successivamente 1942-1952). Le tre sorelle erano impegnate nell'attivismo politico e nella denuncia degli orrori ed oppressioni dello Stato quando vennero uccise.

In questa giornata si ricordano tutte le donne che hanno subito violenza di genere e le piazze delle città si colorano di rosso attraverso le *Zapatos Rojas* le scarpe rosse diventate simbolo della violenza, un modo per ricordare le donne vittime di maltrattamenti, stupri, uccisioni. Un colore, il rosso, che si identifica con l'Amore, la Passione, che si trasforma in Male ed in Violenza, Possessione Morbosa, Trappola Mortale, Femminilità Violata. Femminicidio non solo per identificare le morti in senso stretto, ma anche per sottolineare che il crimine è insito anche nelle parole silenti.

Hanno subito violenze verbali, fisiche, sessuali, economiche, istituzionali, mediatiche, stalking il 13,6% delle donne; in particolare il 5,2% da compagni attuali ed il 18,9% da ex partner, ovvero 2 milioni 800 mila da attuali fidanzati o mariti e 2 milioni e 44 mila da ex morosi o coniugi. Un fattore scatenante emergente è oggi la gelosia del partner

(27,9%) e la separazione non consensuale (10,5%). Se la maggior parte dei casi si verifica entro le mura domestiche, quelle da non partner avvengono, oltre che in casa, anche per la strada, sul posto di lavoro e nei luoghi pubblici. Se da un lato molte donne vittime di violenza, oggi più che mai, hanno coraggio di denunciare le ingiustizie nei loro riguardi, dall'altro invece tante negano, a partire da sé stesse, i soprusi subiti.

Nell'arco di questa settimana molti sono stati gli eventi e le iniziative a proposito. Una in particolare tenutasi alle porte di Pavia, a Torre d'Isola presso l'Oratorio Parrocchiale, serata resa possibile grazie alla disponibilità di Don e Sindaco. Una serata organizzata dal gruppo *Oltrepassaggi* (composto da Elena Anfossi, Giovanna Montagna, Francesca Cominetti, Rossella Aversa, Giuseppe Virone, Vittorio Dorigo, Luca Inzaghi) che ha fatto suo l'argomento con *Storie di Donne in lotta. Musica, Arte e Parole contro la Violenza di Genere* ricordando quelle donne che hanno subito violenza sia nella storia dei tempi che ai giorni nostri. L'arte condivisa come strumento di denuncia sociale; la musica come elemento di unione; le parole come mezzo per combattere discriminazioni e disuguaglianze. *Oltrepassaggi* è un'esperienza nata nel giugno 2023 dall'idea di alcuni insegnanti dell'I.C. di Bereguardo. Dopo l'esordio del 2 luglio sul tema del razzismo e dell'accoglienza, in collaborazione con il Comitato Pavia Asti Senegal, in occasione della giornata del 25 novembre, *Oltrepassaggi* mette in scena le storie di quattro donne che rappresentano il mondo femminile schiacciato dalla violenza di genere e dalle dinamiche del patriarcato. In sala anche Chiara del Movimento Femminista e Transfemminista *Non Una di Meno* (movimento politico autonomo), nato dapprima nel 2015 in America Latina per contrastare il *Patriarcato Militante Messicano*, in seguito alla scomparsa di 700 donne tra 1993 e il 2011, per poi svilupparsi anche in Italia. Il percorso del movimento autoctono nasce a Roma dal confronto tra diverse realtà femminili e femministe che stanno ragionando in merito ad alcune macro aree e che stanno portando l'attenzione sulla violenza sistemica globale che ogni giorno si esercita sui corpi e sulle menti di milioni di donne, sulla necessità di ribaltarne le condizioni che la sostengono e quindi proteggere e cambiare gli scenari. Nel nostro Paese si contano 50 movimenti di questo

filone e si calcolano, purtroppo, in media 100 femminicidi/anno. Quest'anno 106 casi. Una donna su tre, di età compresa tra i 16 ed i 70 anni, subisce nel corso della vita violenza di genere. Finalmente il *Piano Femminista Antiviolenza* è giunto a compimento in un documento politico che mette al centro l'autodeterminazione e l'autonomia delle donne contro ogni colpevolizzazione e vittimizzazione strumentale, ogni forma di discriminazione e riscatto.

Bravi i componenti del gruppo musicale e celestiale la voce di Elena Anfossi alla chitarra. Suoni, voci, testimonianze, poesie. Viene ricordata la Poetessa *Cristina Torres Caceres* tramite i suoi versi drammaturgici sulle donne vittime di violenza e la Sociologa *Pinar Selek* accusata di complicità in una esplosione ad Istanbul che nel 1988 fece sette vittime nel Bazar delle Spezie. Condannata per ben tre volte anche se le perizie nel tempo hanno attribuito l'origine dell'incidente ad una fuga di gas. E poi la storia di Valeria, attivista, colpita in volto da un proiettile sparato dai Servizi di Sicurezza solo perché teneva discorsi di libertà. La storia della ragazza iraniana, frustata 64 volte e poi morta in ospedale con diagnosi di trauma cranico (i sanitari avevano negato la vera causa), solo perché teneva in testa il velo allentato e mostrava appena di poco i capelli. E poi quella della ragazza cilena che nel 2019 venne stuprata dai poliziotti, ma le dissero di tacere *"Dormi tranquilla piccola innocente perché sul tuo dolce volto vigila il carabinieri... dormi... lo Stato è stupratore... la nostra condanna è la violenza che non si vede... dormi bimba innocente"*. Ai nostri occhi un femminicidio nudo e crudo!

Iniziativa degna di nota è stata quella del Centro Antiviolenza di Pavia che, tramite la Cooperativa Onlus *LiberaMente*, ha realizzato per l'occasione una mattinata di riflessione con gli studenti e studentesse degli istituti superiori di Pavia interpretando, con la collaborazione di *Scena Veritas*, letture sceniche tratte dal libro *Risveglio di una donna* insieme all'autrice Filomena Creta, ed una serata dedicata alle donne vittime di soprusi attraverso la lettura di tragiche storie vissute in prima persona dalle stesse. *LiberaMente* è un Centro Antiviolenza attivo da più di 25 anni sul territorio. Eroga gratuitamente servizi specialistici, con l'obiettivo di aiutare le donne e i loro figli minori in difficoltà a causa di abusi, violenze e maltrattamenti. Nata nel 2005 come emanazione dell'Associazione Donne contro la Violenza di Pavia, la Cooperativa è frutto dei percorsi professionali e personali delle Operatrici che vi lavorano, intrecciati a quelli di donne e bambini le cui vite sono state segnate dalla violenza e che hanno trovato la forza di ripartire. È il Centro Antiviolenza accreditato per la provincia di Pavia, socio fondatore dell'Associazione Nazionale DIRE – Donne in Rete

contro la Violenza. È inoltre socio della Rete Lombarda dei Centri Antiviolenza e della Rete Europea WAVE – Women Against Violence Europe. *LiberaMente* è uno dei primi Enti ad aver sottoscritto nel 2010 il *Protocollo d'Intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla promozione ed al contrasto del fenomeno della violenza contro le donne* della Rete Interistituzionale Antiviolenza, avente come capofila il Comune di Pavia.

Altro evento interessante è stato *Educazione Civica come "Inchiostro su pelle"* percorso di prevenzione di dispersione scolastica e della devianza, tenutosi sempre il 24 Novembre 2023 presso la Sala Conferenze de *Il Broletto* a Pavia. Si riportano fedelmente le parole dell'autore del romanzo *"Che avessero le carte in regola per potercela fare, l'avevo intuito fin dal primo incontro. Ieri ne ho avuto la conferma"*. *Degli oltre 100 ragazzi e ragazze dell'ITIS Cardano, 50 di essi, partecipando ad un progetto di Educazione Civica, attraverso la rilettura del mio Romanzo, hanno dimostrato che questo Paese, può riporre in loro la speranza per un futuro migliore. Lo hanno saputo fare con naturale bellezza, attraverso sorrisi, passioni, domande, riflessioni e...sogni"*. Una vera ed autentica risposta in termini educativi, fatta di emozioni e sentimenti, in contrapposizione ad ogni tipo e forma di violenza. In Sala il Prof. Duilio Loi, Specialista in Scienze della Formazione, Progettazione Pedagogica, Disabilità Neuropsichica, Etica e Deontologia, Criminologo Forense, Giudice Onorario dei Minori per il Tribunale di Milano ed autore del Romanzo *"Inchiostro su pelle. Tre storie (non sempre) sbagliate"*; la Dott.ssa Irina Tudori, sostenitrice del progetto, la Dott.ssa Isabel Santiz, organizzatrice e conduttrice logistica ed artistica; la Dirigente Scolastica Prof.ssa Giancarla Gatti Comini, conduttrice del percorso; l'Assessore alle Pari Opportunità del Comune di Pavia; la Dott.ssa Mara Torti per il sostegno istituzionale al progetto. Un ringraziamento particolare va ad OPI Pavia – Ordine delle Professioni Infermieristiche – per aver creduto nella realizzazione del progetto.

La giornata del 25 Novembre ci insegna non solo a ricordare le violenze subite dalle donne, ma anche a riflettere sull'argomento e sulla criticità dei giorni nostri. Una realtà in cui è molto vivo e prepotente il disvalore, circostanza da sanare partendo dall'informazione ed educazione ai sentimenti, perché i sentimenti positivi ed i Valori non sono sempre intrinseci: vanno coltivati dalla base, partendo dalla genitorialità presente ed adeguata e dalla scuola, capaci di trasmettere l'importanza del Rispetto, dell'Amore Olistico, e laddove si debba "riparare", insegnare la ri-conquista dei Valori, del Pensiero Positivo, del Pensiero Critico, del Sorriso, della Gentilezza.

Le nostre speranze per il futuro sono ben riposte: gli studenti pavesi incontrano l'autore de "Inchiostro su pelle"

Isabel Santtiz

Infermiera, UO Pediatria Degenti, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia



Con il patrocinio di

OPI PAVIA
Studio Pedagogico Pavese

Comune di Pavia
Assessorato alle Pari Opportunità

ITIS Cardano - Pavia

Lieta di presentare l'evento conclusivo del progetto:

Educazione Civica come "inchiostro su pelle"

percorso di prevenzione della dispersione scolastica e della devianza, attraverso la rilettura critica del romanzo "Inchiostro su pelle tre storie (non) sempre sbagliate"

**-Dialogano con l'Autore-
Gli Studenti dell'ITIS Cardano
(Sezione Meccanica e Liceo Scientifico)**

-intervengono-

Dott.ssa Giancarla Gatti Comini - DS ITIS Cardano - Pavia
Dott.ssa Mara Torti - Assessore Pari Opportunità - Comune di Pavia
Dott.ssa Irina Tudori - OPI Pavia

**Venerdì 24 novembre 2023, ore 10-12
Sala Broletto - Piazza della Vittoria - Pavia**

Tre ragazzi, autori di reato, con un'infanzia "difficile" e un'adolescenza che gli fa conoscere il carcere e la comunità, ma che, con determinazione, hanno il coraggio di prendere in mano la propria vita riuscendo a fare scelte consapevoli e a riscattarsi, governando così il proprio futuro all'insegna della legalità, dell'impegno e dell'amicizia. Questi sono i protagonisti della nostra storia, quella che ha fatto nascere il progetto *Educazione Civica come "inchiostro su pelle"*, un progetto che nasce in seno ad un gruppo di lavoro dell'Ordine delle Professione Infermieristica (OPI) della provincia di Pavia, come percorso di prevenzione alla dispersione scolastica, alla devianza e contro la violenza, attraverso la lettura critica del Romanzo: *Inchiostro su pelle. Tre storie (non) sempre sbagliate*, del Dott. Duilio Loi, Pedagogista e Criminologo Forense, che ha guidato questo percorso, attraverso l'analisi dei comportamenti dei protagonisti del Romanzo, tre ragazzi appunto: Jacopo, Diego e Daniel, analizzando sentimenti, emozioni e disagi che troviamo negli adolescenti della società contemporanea.

Secondo i dati del Ministero della Giustizia (articolo 28 del DPR 448/88), ogni anno in Italia ci sono in media 4000 ragazzi in età compresa tra i 14 e 18 anni che in conseguenza della commissione di un reato di rilevanza penale, usufruiscono dell'istituto della messa alla prova. Di questi ragazzi 85% conclude il percorso, con esito positivo.

Il percorso ha visto scendere in campo uniti e sinergici: l'OPI della provincia di Pavia, che ha sostenuto il progetto, visto come prevenzione contro la violenza perché vicino a ogni donna vittima di violenza ci sono quasi sempre i suoi figli, futuri giovani uomini e donne del nostro paese, gli studenti dell'ITIS Cardano di Pavia sezioni: "Meccanica" e "Liceo Scientifico" e le loro insegnanti Alessandra Peduzzi, Pamela Morellini ed Elisabetta Bucci, il Comune di Pavia, in special modo dall'assessore delle Pari Opportunità Mara Torti e la Rete antiviolenza di Pavia.

L'evento si è svolto il 24 novembre in Sala Broletto, Piazza della Vittoria, dalle 10 alle 12. L'introduzione della dott.ssa Irina Tudori, parlava della necessità di dialogare e riflettere insieme agli studenti e fare eventi preventivi che coinvolgano sempre di più i giovani; durante l'evento è intervenuto anche il presidente dell'OPI Pavia, il Dott.





Matteo Cosi, che ha invitato i ragazzi alla riflessione, all'introspezione e alla costruzione del loro futuro, l'assessore Mara Torti e la dott.ssa Margherita Decò che ha raccontato che cos'è e quale ruolo riveste il centro antiviolenza di Pavia. La parola è poi passata agli studenti dell'Istituto Cardano e consisteva in una sintesi di una analisi critica del romanzo, durata mesi, dove gli studenti hanno presentato i tre personaggi facendo proprie le loro storie,

impressioni e sentimenti, attraverso la lettura di brani e frasi significative, accompagnati dalla chitarra acustica di Marco Pinferetti. Infine c'è stata una riflessione, un confronto e un dialogo con l'autore, dove gli studenti hanno posto numerose domande, a questo proposito l'autore scrive: "Degli oltre 100 ragazzi e ragazze dell'ITIS Cardano, convenuti al Broletto di Pavia, 50 di essi, partecipando ad un progetto di Educazione Civica, attraverso la rilettura critica del mio Romanzo, hanno dimostrato che questo paese, può riporre in loro la SPERANZA per un futuro migliore. Lo hanno saputo fare con naturale bellezza; attraverso sorrisi, passioni e sogni, usando le parole di Jacopo, Diego e Daniel. Una vera e autentica risposta in termini educativi, fatta di emozioni e sentimenti, in contrapposizione ad ogni tipo e forma di violenza. In sintesi: la Pedagogia, come strumento primario di prevenzione". Grazie agli studenti per il bellissimo lavoro svolto, per averci dato la dimostrazione che le nostre speranze per il futuro sono ben riposte.



Il collega pavese Rizzini e l'associazione AINS ODV vincitore degli Human Rights and Nursing Awards 2023

Ruggero Rizzini, AINS (Associazione Italiana Nursing Sociale) onlus



Alla cerimonia di premiazione degli Human Rights and Nursing Awards 2023 che si è svolta a Genova durante l'evento "30 Anni di Etica Infermieristica: uno sguardo al passato e al futuro" – frutto di una collaborazione tra il Comitato Editoriale della rivista *Nursing Ethics*, l'Università di Genova (Italia) e Brunel University London (UK) – alla presenza della Segretaria nazionale della FNOPI, Beatrice Mazzoleni, sono stato premiato insieme agli infermieri nei Team per la salute mentale nella Comunità (CMHT) in Ucraina.

I Premi Annuali per i Diritti Umani e Infermieristici, riportato dal sito della FNOPI, vengono assegnati a infermieri esemplari, per celebrare il loro eccezionale impegno e lavoro a favore della promozione dei diritti umani. I premi esemplificano l'essenza dell'assistenza infermieristica come pratica professionale di carattere morale. Lo scopo dei premi è mettere in luce e celebrare gli infermieri il cui lavoro favorisce il riconoscimento internazionale e

il rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone ovunque nel mondo.

Quando mi hanno dato la parola, durante la cerimonia, ricordo di aver detto che forse avevano esagerato nel darmi il premio e anche che dobbiamo proteggere il nostro Sistema Sanitario Nazionale che è un bene comune da salvaguardare, rispettare e averne cura perchè avendo la possibilità, da 25 anni, di andare in uno dei tanti luoghi, il Guatemala, dove chi si ammala deve pagarsi tutto, dalle medicine, al ricovero, mi rendo conto di quanto siamo fortunati ad avere una sanità gratuita o comunque con costi non improponibili. Anche se, sembra, che aumentino sempre di più le persone che non riescono a curarsi.

Il riconoscimento premia la storia della nostra Associazione. AINS ODV nasce in Guatemala e continua da un quarto di secolo. Il Guatemala è un paese impoverito, derubato, sfruttato, umiliato che abbiamo avuto la fortuna di incontrare nel nostro cammino di solidarietà e che abbiamo cercato di aiutare con i pochi mezzi che avevamo e abbiamo a disposizione cercando di dare risposte ai bisogni delle persone incontrate durante le nostre esperienze umane e professionali senza assistenzialismo, chiedendoci sempre se quello che stiamo facendo lo facciamo per noi o per loro. Riteniamo che quando si fa cooperazione, in giro nel mondo o vicino a casa, sia sempre importante chiedersi per chi lo stiamo facendo. Sicuramente fare volontariato serve a chi lo fa e a chi lo riceve. Nel mio caso partire significa rigenerarmi, riposarmi, staccare per cui non ho problemi a dire che il Guatemala mi aiuta! In Guatemala abbiamo cercato di seguire ciò che ci diceva madre Antonietta, Infermiera e suora guatemalteca morta due anni fa di SLA: "non importa quanti soldi ci date, portate in Guatemala per i progetti. L'importante è che lo facciate con continuità e che noi sappiamo che voi ci siete, pochi o tanti che siano i soldi che ci mandate." Se ci penso, e spesso lo faccio, è un grande insegnamento di vita quello di dare continuità ad un progetto senza stancarsi, senza farsi scoraggiare dai momenti bui, senza perdersi d'animo perché nel vario mondo della cooperazione, quando si lavora con le persone, i risultati si vedono dopo anni per cui bisogna avere tanta pazienza, lavorare con metodo, serietà ed etica. Per questo è importante fermarsi in un luogo,

farlo crescere e poi, quando diventa autonomo, lasciarlo continuare da solo. Quando qualche anno fa durante una riunione del Direttivo della nostra associazione dicemmo che il nostro obiettivo primario era chiudere l'associazione e non continuare più in Guatemala perchè significava che non avevano più bisogno di noi. Un socio si arrabbiò molto e decise di lasciare non condividendo questa scelta. Se ci pensiamo l'obiettivo finale di ogni associazione dovrebbe essere quella di chiudere, di smettere di fare solidarietà perchè significa aver raggiunto i propri obiettivi. Ecco, se le cose continuano come stanno continuando tra 5 anni è probabile che chiuderemo la nostra collaborazione a Santa Gertrudis in Guatemala perchè non saremo più utili per continuare da qualche altra parte, con altre persone, con altre micro progettualità.

Ritornando al premio che ci è stato dato pensiamo che sia un bel riconoscimento per 25 anni di lavoro quotidiano che ci ha visto impegnati anche a Pavia. Siamo parte di una comunità, abbiamo aperto un'associazione, ci siamo rimboccati le maniche e abbiamo iniziato a fare cose semplici e più complesse, un passo alla volta, piano piano portando idee, avviando microprogetti con la speranza che venissero continuati da altri magari più grandi di noi. Un esempio su tutti il progetto dell'Infermiere Scolastico che da una nostra idea continua grazie all'Amministrazione Comunale di San Martino Siccomario e alla Cooperativa CON VOI. Ma non solo: in questi anni abbiamo lavorato a micro progetti come l'Infermiere di quartiere stando in mezzo alla gente, ci siamo occupati di fragilità umana insieme a un gruppo di senza fissa dimora e poi il nostro impegno in una biblioteca, l'Anna Frank di San Martino Siccomario, per creare e generare cultura. Questa è la nostra idea di infermieristica, di sociale, di vita basata sui fatti, sulle azioni concrete, sulle micro-progettualità fattibili senza esagerare, un passo alla volta sempre alla ricerca di soluzioni ai bisogni delle persone.

Perché lo facciamo? Per due motivi: perché anche noi stiamo invecchiando e ci piacerebbe trovare qualcuno, domani, che la pensasse come noi e facesse quello che



facciamo noi. Perché, come dice padre Flor Maria Rigoni, (un prete scalabriniano bergamasco che ha scelto il confine più cruento del mondo, la frontiera sud del Messico, in Chiapas dove ha costruito una casa, un presidio per le migliaia di esuli in fuga dal triangolo della morte (El Salvador, Guatemala, Honduras) che si apprestano ad attraversare il messico e raggiungere gli Stati Uniti) alla domanda della giornalista: "Ecco, padre Flor: perché lo fa?" ha risposto: "Perché sono un uomo. Non ho fatto nulla per nascere in un certo paese e per avere quello che ho avuto. Se ho avuto di più, comparto, condivido."

Concludo ringraziando nuovamente gli organizzatori del premio anche per la generosa donazione che ci hanno fatto che ci permette di finanziare i nostri progetti in Guatemala per i prossimi sei mesi. Se possiamo continuare a fare quello che stiamo facendo come AINS ODV un grazie particolare va ai tanti sostenitori che ci sostengono con idee, proposte ed economicamente. Un ringraziamento va ad Andrea Bellingeri (è sua l'idea di far nascere AINS ODV), a Giulia Dezza (con lei condivido tutto) ad Enrica Maiocchi, ad Alvaro Aguilar Aldana e a tutte quelle persone che in questi anni hanno contribuito e stimolato AINS ODV a continuare. Grazie al Direttivo dell'OPI di Pavia, a Federica Dellafore e a Michele Borri per aver appoggiato la mia candidatura a questo premio e a chi c'è e continua ad esserci per continuare ad esserci in Guatemala e a Pavia.

“Basta, diamoci un taglio!” - L'alopecia secondaria a chemioterapia nel trattamento del tumore mammario: uno sguardo agli studi condotti presso la Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo” di Pavia.

Toriello Antonietta, Infermiera S.C. AR2 – Anestesia e Terapia Intensiva Cardiorotoracica

Fusco Maria Antonietta, Infermiera S.C. Chirurgia Generale 2

Praticò Enza, Infermiera Case Manager Breast Unit

Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo”, Pavia

Basta, diamoci un taglio! è la tipica frase che viene utilizzata quando si ipotizza di cambiare radicalmente qualcosa della propria immagine, molto spesso in relazione ad una fase di cambiamento della propria esistenza. I capelli sono una parte essenziale della propria identità e assumono un significato di comunicazione visiva e di identità culturale nei confronti delle persone che ci circondano. (1,2)

Conseguentemente, la loro perdita, causata dal trattamento chemioterapico per il tumore al seno, può avere profonde implicazioni per la salute mentale e per le interazioni sociali femminili. (3)

L'interesse verso l'alopecia secondaria a chemioterapia (ASC) nel trattamento del tumore mammario è nato durante il nostro percorso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, ormai nel lontano 2017.

Da vissuti personali, abbiamo notato che l'aspetto più traumatico per una donna con tumore al seno, oltre ovviamente la diagnosi di tumore, è rappresentata dalla possibilità di perdere i propri capelli a seguito del trattamento chemioterapico.

Per approfondire meglio l'argomento, abbiamo condotto una ricerca bibliografica; dalla revisione della letteratura è emerso che l'ASC nel trattamento del tumore mammario causa spesso una forma di distress che, se non opportunamente gestito dalla donna e dai professionisti sanitari, può avere un impatto sulla sua aderenza ai trattamenti e sulla qualità di vita (ridotta autostima, ridotto engagement sociale) (3) e può necessitare

di trattamenti di supporto emotivo specialistici, gravando sulla salute della donna stessa e dei suoi familiari. (3,4)

L'unico strumento presente in letteratura e in grado di oggettivare concretamente il distress da alopecia secondaria a chemioterapia è la Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS), sviluppata nel 2014 e disponibile in lingua Inglese e Coreana. (5)

Questa scala ci è sembrata da subito un valido strumento per aiutare i clinici nel decision-making relativo ai percorsi educazionali delle pazienti con ASC, poiché la sua strutturazione in domini (Physical, Emotional, Activity, Relationship, Treatment) permette di intercettare il distress delle pazienti in specifiche aree e monitorarne l'andamento nel tempo.⁵ Per poter rendere utilizzabile la CADS nella pratica clinica italiana, abbiamo condotto uno studio metodologico multifase volto alla validazione e adattamento della CADS al contesto italiano (I-CADS). (6) Lo studio è durato circa un anno e ha previsto tre fasi distinte. Nella prima fase è stata condotta la validazione linguistico-culturale dello strumento, secondo una metodologia standardizzata di “translation, back-translation e forward translation” per formulare gli item nella loro versione italiana (I-CADS); nella seconda fase è stata condotta una validazione qualitativa e quantitativa di contenuto e, infine, nella terza fase sono state valutate le proprietà psicometriche della I-CADS e la sua affidabilità. (7-10)

La fase più “interessante” è stata quasi sicuramente la fase 3 perché ci ha permesso di relazionarci con le pazienti a cui la scala era rivolta. La raccolta dati è stata possibile grazie alla collaborazione della Infermiera Case Manager della Breast Unit della Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo” che ci ha messo in contatto con le pazienti in follow-up che rientravano nei criteri di inclusione.

I dati raccolti, opportunamente analizzati, hanno permesso di elaborare la I-CADS, costituita da 16 items divisi in tre domini: “percezione di sé”, “engagement sociale” ed “emotività”. Lo studio, presentato con il titolo “Versione Italiana della Chemotherapy Induced Alopecia Distress Scale (I-CADS): adattamento linguistico culturale, validità di contenuto e valutazione delle proprietà psicometriche”, è stato pubblicato sulla Rivista *Recenti Progressi in Medicina* nel 2018. (6)

La costante presenza all'interno della Breast Unit ci ha permes-



so di entrare in contatto con l'Associazione Donne Operate al Seno (ADOS) per la quale abbiamo realizzato due poster ("Validazione Italiana E Adattamento Della Scala sul Distress da Alopecia Secondaria a Chemioterapia nel Trattamento del Tumore Mammario (CADS)" e "Alopecia Secondaria a Chemioterapia: Vissuti Esperienziali e Qualità di Vita nella Donna con Tumore Mammario. Revisione della Letteratura") che abbiamo presentato durante l'evento formativo "10 anni di lavoro al fianco delle donne colpite da tumore al seno", tenutosi a Pavia il 14/10/2017.

Nel 2019 abbiamo presentato lo studio "Italian Version of Chemotherapy Induced Alopecia Distress Scale (I-CADS): Reliability and Validity Assessment" al 2th World Congress on Medicine, Nursing and Healthcare.

Infine, abbiamo partecipato e vinto il bando di assegnazione contributo economico per lo sviluppo di lavori di ricerca infermieristica indetto dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia (17/09/2019) per lo studio: "Vissuto della Donna Rispetto all'Alopecia Secondaria a Chemioterapia nel Trattamento del Tumore Mammario: Ricerca Qualitativa", approvato dal Comitato Etico di Pavia. Con questo studio, ancora in corso, vogliamo dar voce alle pazienti affette da tumore mammario con ASC esplorando il loro vissuto in relazione agli aspetti fisico, emotivo e relazionale al fine di comprendere i loro sentimenti, le loro paure e le loro angosce rispetto a questo fenomeno.

Per poter fare ciò abbiamo deciso di condurre uno studio fenomenologico ermeneutico attraverso interviste in profondità audio registrate. Purtroppo, a causa della pandemia di COVID19, abbiamo dovuto sospendere lo studio, non essendo possibile procedere con le interviste, che abbiamo potuto riprendere solo nel settembre 2022.

Grazie al prezioso contributo dell'infermiera Case Manager della Breast Unit della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", ad oggi abbiamo condotto 11 interviste (la cui durata varia dai 35 ai 90 minuti). Ad ogni paziente è stato chiesto di raccontare la propria esperienza in relazione alla diagnosi di tumore mammario e al trattamento chemioterapico (domanda cognitiva). Successivamente, attraverso domande guida e di approfondimento, formulate ad hoc, è stato esplorato il loro vissuto riguardo l'ASC e sono stati raccolti suggerimenti per migliorare la pratica clinica. Le interviste sono state condotte da due Infermiere, inizialmente con la supervisione di un Ricercatore Esperto: una Infermiera conduceva l'intervista, l'altra rivestiva il ruolo di osservatore al fine di cogliere tutte le sfumature relative al linguaggio non verbale della donna, che accompagnavano le parole. Le interviste sono state trascritte integralmente, al termine di ogni intervista, e, a completamento delle stesse, sono stati inseriti momenti di pausa, esitazione o gesti e mimica facciale (annotate durante la fase di registrazione). Il prossimo step è rappresentato dall'analisi di contenuto delle interviste audio-registrate mediante l'uso del Metodo di Colaizzi. (11,12)

L'esperienza che abbiamo vissuto è stata estremamente interessante ed arricchente, sia sotto il profilo professionale che umano. Abbiamo avuto modo di approfondire le conoscenze relative alla Ricerca Qualitativa e di cimentarci nella conduzione di interviste audio-registrate. In questa fase non abbiamo avuto nessuna difficoltà e questo lo dobbiamo all'esperienza clinica conseguita in questi anni, ma soprattutto alle donne che hanno dimostrato un livello di partecipazione elevato, desiderose di raccontarsi. La fase relativa alla cosiddetta sbobinatura, cioè relativa alla trascrizione fedele (parola per parola) dell'intervista, è stata faticosa ed impegnativa, ma non ci ha colte impreparate, anzi, ha stimolato pensieri riflessivi.

La criticità più rilevante di questo percorso riguarda l'analisi di contenuto. Questo step è veramente difficile e ci mette di fronte alla necessità di acquisire competenze in questo ambito e ci ha rese consapevoli della necessità di avvalerci di un Ricercatore Esperto. Speriamo di ultimare al più presto lo studio, che ci aiuterà sicuramente, attraverso la comprensione dei vissuti delle donne che affrontano questa difficile situazione, ad erogare una assistenza mirata e personalizzata orientata a ridurre il gap esistente tra l'aspetto prettamente clinico della malattia ed i risvolti, le ricadute e le conseguenze che la malattia ed il relativo trattamento comportano, consentendoci di promuovere un percorso assistenziale personalizzato appropriato, in congruenza con il contesto e con i bisogni delle persone assistite e delle loro famiglie, in un'ottica di Patient and Family Centered Care.

Bibliografia

1. Cash TF. The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clin Dermatol.* 2001;19(2):161-6
2. Freedman TG. Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nurs.* 1994;17(4):334-41
3. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005; 331: 951-3.
4. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 579-94
5. Cho J, Choi EK, Kim IR, Im YH, Park YH, Lee S, Lee JE, Yang JH, Nam SJ. Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2014; 25(2):346-51.
6. Grugnetti AM, Arrigoni C, Fusco MA, Magon A, Sgarella A, Gallotti ML, Grugnetti G, Caruso R. Versione italiana della Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (I-CADS): adattamento linguistico culturale, validità di contenuto e valutazione delle proprietà psicometriche. *Recenti Prog Med* 2018;109(3):174-184
7. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis.* 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2010.
8. Knaf J, Grey M. Factor analysis model evaluation through likelihood cross-validation. *Stat Methods Med Res* 2007; 16: 77-102
9. The American Institute of Stress. *Workplace Stress.* Disponibile a <http://www.stress.org/workplace-stress/> (consultato il 25/10/2023)
10. Caruso R, Pittella F, Zaghini F, Fida R, Sili A. Development and validation of the Nursing Profession Self-Efficacy Scale. *Int Nurs Rev* 2016; 63: 455-64
11. Sanders C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemp Nurse.* 2003;14(3):292-302
12. Edward KL, Welch T. The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry. *Contemp Nurse.* 2011;39(2):163-171

“PNRR e Digitalizzazione: l’inizio di una nuova era”

Ida Vangone

Sara Russo

La Redazione Nursing Foresight

Per poter affrontare al meglio il tema di questo numero, sono necessarie alcune premesse. Ad oggi, non possiamo minimizzare l'importanza dell'implementazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), che ha destinato alla Missione Salute (Missione 6) una cifra di € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale dei finanziamenti previsti, per sostenere significative riforme e investimenti a beneficio del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da realizzare entro il 2026 (1). Il PNRR è un piano di riforma che si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU), il pacchetto da 750 miliardi di euro, concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica che prevede investimenti e riforme per:

- accelerare la transizione ecologica e digitale;
- migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori;
- conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU).

Il PNRR prevede linee di investimento e relative strategie che hanno come obiettivi il miglioramento delle condizioni regolatorie, ordinamentali, di contesto e l'incremento in equità efficienza e competitività del Paese che lo adotta (2).

Gli interventi della Missione Salute del PNRR si dividono in due aree:

- 1) ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- 2) innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il SSN grazie ad iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Per rispondere al primo punto, è fondamentale fare una premessa sulla telemedicina. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (3), esistono almeno "104 definizioni sottoposte a revisione paritaria di telemedicina". In letteratura sono stati utilizzati anche altri termini, come mobile-health, e-health e mHealth (4,5,6). Sebbene varino in alcuni aspetti, includono tutti la comunicazione, la tecnologia e la distanza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive il termine in generale come: "...la fornitura di servizi sanitari, dove la distan-

za è un fattore critico, da parte di tutti gli operatori sanitari che utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per lo scambio di informazioni valide per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle malattie e degli infortuni, la ricerca e la valutazione, e per la continua formazione degli operatori sanitari, tutto nell'interesse del progresso della salute degli individui e delle loro comunità (7).

L'importanza della telemedicina e la sua differenza rispetto all'assistenza sanitaria di persona è stata riconosciuta (8,9) e alcuni studi suggeriscono che la telemedicina può essere altrettanto vantaggiosa dell'assistenza sanitaria di persona (10,11), soprattutto in determinate situazioni.

I servizi di telemedicina si sono sviluppati rapidamente nei primi due decenni del 21° secolo e hanno visto un grande impiego durante la pandemia di Covid-19, poiché per rispettare le restrizioni è stato necessario che molte persone lavorassero da casa e fornissero servizi a distanza (12,13). Sicuramente la pandemia ne ha incentivato progressivamente l'utilizzo, considerando per esempio che nel mese di agosto 2021, il 23% delle visite è stato effettuato a distanza, con un aumento del 78% rispetto al 2021 (14). I professionisti sanitari hanno aggiunto soluzioni di telemedicina alla loro pratica e alcuni cercano di formarsi adeguatamente in questo campo per offrire tali servizi.

Attualmente si è assistito ad una rapida espansione dei servizi di telemedicina e le politiche si sono sviluppate fortemente in questa direzione nell'ultimo decennio, stabilendo progetti, leggi e regolamenti.

In Italia i servizi di telemedicina vedono una diffusione grazie al Decreto del 30 settembre 2022, dal titolo "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina", in cui viene sostenuta la necessità di questo strumento soprattutto per il supporto ai pazienti cronici e alle loro famiglie.

In riferimento alla telemedicina, il PNRR, e in particolare la già citata missione 6, prevedono la creazione di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina con l'obiettivo di colmare il divario tra le disparità territoriali e offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali, attraverso soluzioni innovative. Lo sviluppo della telemedicina è fra gli interventi per fare della Casa il primo luogo di cura.

Come seconda area della missione Salute abbiamo citato l'innovazione del parco tecnologico ospedaliero, insieme a ricerca e formazione, per rendere tutto più equo. Proprio in questo ambito di innovazione ed equità, si inserisce il Fasci-

colo Sanitario Elettronico (FSE), che racchiude dati sanitari e identificativi dell'assistito (Art. 3 – Contenuti del FSE), con la possibilità di inserire all'interno di una sezione denominata "il taccuino personale", ulteriori specifiche, come dati relativi ai propri percorsi di cura che possono essere eliminati dall'assistito stesso o da un delegato nominato direttamente dallo stesso. Oltre a questo, però, è presente anche il profilo sanitario sintetico, o "patient summary", ovvero il documento sociosanitario informatico, redatto e aggiornato dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. Tutto ciò è di enorme facilitazione nella gestione della presa in carico dell'assistito, che si trova a vivere in una condizione sempre meno ospedalocentrica ma che si sviluppa sempre di più nella realtà territoriale.

A questo proposito, la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità è quella figura cardine, che facilita lo sviluppo della digitalizzazione, come dichiarato nelle "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità". Infatti, la figura deve essere in grado di utilizzare sistematicamente strumenti digitali, telemedicina e teleassistenza (15), che risultano chiave soprattutto perché è proprio grazie a questi strumenti digitali che l'infermiere può favorire la presa in carico a domicilio in sinergia con altri professionisti e con le organizzazioni territoriali e quindi poi, garantire un'adeguata attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

Di pari passo e non di minore importanza risulta la questione inerente la protezione dei dati. Il Ministero della salute, le regioni e province autonome adempiono alle misure previste dalla direttiva Network and Information Security (UE n° 1148/2016) e dalla direttiva Network and Information Security 2 (UE n° 2555/2022) e, per gli eventuali sotto-sistemi che dovessero ricadervi, alle misure previste dal perimetro nazionale di sicurezza cibernetica (DPCM 30 luglio 2020, n. 131) (16).

BIBLIOGRAFIA

1. Cergas, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, 2022. Consultabile sul sito: <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/>. Consultato il 20 Novembre 2023.
2. Ministro della salute, Il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, 2022. Consultabile dal sito: <https://salutedigitale.blog/wp-content/uploads/2022/10/Indicazioni-Piano-Operativo-TM.pdf>. Consultato il 20 Novembre 2023.
3. World Health Organization, Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on eHealth, 2010. Consultabile dal sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>. Consultato il 18 Novembre 2023.
4. Rheuban K.S., Shipman S., Workforce, Definitions, and Models, Krupinski E.A. (Eds.), Understanding Telehealth, McGraw Hill, 2018.
5. World Health Organization, Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on eHealth, 2010. Consultabile dal sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>. Consultato il 18 Novembre 2023.
6. American Academy of Family Physicians. , What's the difference between telemedicine and telehealth?, 2023. Consultabile dal sito: <https://www.aafp.org/news/media-center/kits/telemedicine-and-telehealth.html>. Consultato il 14 Novembre 2023.
7. World Health Organization, A health telematics policy in support of WHO's Health-for-All strategy for Global Health Development, 1998. Consultabile dal sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO_DGO_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consultato il 14 Novembre 2023.
8. Nesbitt T.S., Katz-Bell J. History of Telehealth in: K.S. Rheuban, E.A. Krupinski (Eds.), Understanding Telehealth, McGraw Hill, 2018.
9. Agosta L., Empathy in Cyberspace: The Genie is out of the bottle H. Weinberg, A. Rolnick (Eds.), Theory and Practice of Online Therapy: Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, Routledge, and Organizations, 2020.
10. Hanley T. and Reynolds DJ, Counselling psychology and the internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy Counselling Psychol. Rev., 24, 2009, pp. 4-13.
11. Stephen J., Collie K., McLeod D. et al. Talking with text: Communication in therapist-led, live chat cancer support groups. Soc. Sci. Med., 104, 2014, pp. 18-186.
12. Iodice F., Romoli F.M., Giometto B., et al, Stroke and digital technology: a wake-up call from COVID-19 pandemic Neurol. Sci., 42, 2021, pp. 805-809.
13. Pierce B.S., Perrin P.B., Tyler C.M., et al. The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery Am. Psychol., 76, 2021), pp. 14-25.
14. Bhave, Telemedicina per la ripartenza e il recupero delle visite perdute. Consultabile sul sito: <https://bhave.it/download/report-telemedicina/>. Consultato il 19 Novembre 2023.
15. AGENAS, Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità, 2022. Consultabile dal sito: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunit%C3%A0>. Consultato il 20 Novembre 2023.
16. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, Regolamento (ue) 2021/2282 del parlamento europeo e del consiglio del 15 dicembre, 2021. Consultabile dal sito: <https://www.salute.gov.it/portale/dispositiviMedici/dettaglioContenutiDispositiviMedici.jsp?id=5202&area=dispositivi-medici&menu=tecnologie&tab=1>. Consultato il 20 Novembre 2023.

Presentazione del Position Statement FNOPI: Sanità Digitale. La persona assistita, la prossimità, la sanità digitale

Pietro Giurdanella

Consigliere Comitato Centrale FNOPI e Presidente OPI Bologna

Il tema della digitalizzazione in sanità è centrale nell'agenda politica istituzionale per due motivi: rispetto a tanti altri settori, l'ambito sanitario ha ancora molti margini di miglioramento; la digitalizzazione è uno dei pilastri portanti del PNRR, con investimenti previsti di oltre un miliardo di euro.

Se da una parte tutto ciò rappresenta un volano per la realizzazione di un'offerta di soluzioni digitali disponibili sul mercato - di fatto quasi illimitata - capace di trasformare il sistema dei servizi sociosanitari, dall'altra richiede un'accurata analisi per valutarne l'impatto su molteplici piani, da quello culturale a quello dell'organizzazione e del lavoro in team multidisciplinare.

In questo quadro, qual è la posizione della FNOPI?

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche da oltre un anno ha condotto un'approfondita analisi in tal senso, coinvolgendo esperti del settore, colleghi delle società scientifiche e confrontandosi con l'Osservatorio sulla Sanità Digitale del Politecnico di Milano, per delineare il posizionamento degli infermieri, avendo bene in mente il paradigma di riferimento che è - e deve rimanere - centrato sul cittadino.

La sanità digitale a cui facciamo riferimento è quella da sviluppare nel territorio, come previsto nel Decreto Ministeriale 77 del 2022, capace di sostenere il principio della prossimità dei luoghi di assistenza, fino a realizzare la cosiddetta "casa come primo luogo di cura", obiettivo prioritario della Missione 6 - Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Da queste riflessioni si sviluppa il Position Statement sulla sanità digitale della FNOPI, al quale ho partecipato per la redazione, "La persona assistita, la prossimità, la sanità digitale".

Il titolo sottende un paradigma basato su un ecosistema nel quale le persone assistite e i professionisti sanitari convivono nella prossimità, mettendo insieme saperi, conoscenze, tecnologie e organizzazione.

Nel Position Statement è stato definito "l'ultimo miglio". Ci può spiegare cos'è?

Oggi c'è un grande bisogno di prossimità. Nel documento FNOPI sulla sanità digitale, tale prossimità viene identifi-

cata nell'**ultimo miglio**, una nuova definizione che fa riferimento alla moderna teoria urbanistica della cosiddetta "città dei 15 minuti" teorizzata dall'urbanista Carlos Moreno: tutti i servizi fondamentali per la vita quotidiana di ogni cittadino (approvvigionamenti, svago, tempo libero, istruzione, sanità, sviluppo delle inclinazioni e passioni) si devono svolgere a non più di un quarto d'ora da casa, con un facile accesso.

È una rivoluzione copernicana rispetto alle teorie che hanno guidato l'urbanistica attuale e il suo sviluppo verso le periferie, dove sono stati creati agglomerati industriali, commerciali, didattici, ospedalieri. In questa esplosione delle città in periferia, gli unici che sono rimasti dentro le città sono gli anziani, impossibilitati a raggiungere i servizi così in periferia. Da qui l'inversione di rotta.

Il ripensamento della struttura urbana investe anche gli spazi **dell'assistenza sanitaria**. Il territorio non è il semplice sfondo dell'attività sanitaria ma la fonte a cui attingere per dare forma e sostanza all'attività di cura. Una persona, se viene curata in casa o vicino casa, è un tutt'uno con la realtà che lo circonda. È una visione olistica dell'assistenza. In questo senso "L'ultimo miglio" corrisponde al luogo nel quale, entro 15 minuti dal domicilio del cittadino, vi sono servizi di prossimità, come le case della comunità e l'infermieristica di famiglia e di comunità; il luogo dove far partecipare attivamente i cittadini, promuovendo il *welfare di comunità*, le reti formali e informali e la *community building*. La digitalizzazione rappresenta la leva strategica per implementare questo nuovo paradigma. In questa dinamica, gli infermieri possono fare molto, soprattutto con l'infermieristica di comunità, gestendo in modo proattivo il bisogno di salute del cittadino e collegandolo alle risorse familiari e comunitarie.

Un quadro davvero nuovo. Ma i cittadini avranno le capacità di adattarsi a questo scenario?

È il tema centrale affrontato nel nostro position statement. Un recente studio dell'OMS condotto in Europa (1) mette alla luce un dato preoccupante relativo ad una nuova forma di **disuguaglianza** che sta crescendo tra i cittadini, legato all'accesso ai servizi in forma digitale. Sembra materializzarsi infatti il paradosso per cui coloro che potrebbero avvantaggiarsi degli strumenti della digital he-

alth sono in realtà proprio quelli che ne fanno meno uso. I cittadini che in Europa utilizzano di più soluzioni digitali per accedere ai servizi sanitari sono quarantenni, con un buon reddito da lavoro, che vivono nel centro della città e che non hanno patologie di tipo cronico. Diversamente le persone over 65, che vivono in periferia, appartenenti a minoranze etniche o caratterizzati da barriere linguistiche, con un'istruzione più bassa o appartenenti alle classi disagiate dal punto di vista socioeconomico – che costituiscono una grossa fetta della popolazione con importanti bisogni di salute - sono esclusi dall'utilizzo della sanità digitale. Mi viene da dire: “ma se queste persone non hanno accesso ai servizi digitali, noi chi intercettiamo?”.

All'interno di questo processo di cambiamento è fondamentale avere il cittadino *al fianco*, per evitare ciò che abbiamo definito nel documento “*la fragilità digitale*”. Se vogliamo fare in modo che il cittadino non diventi fragile di fronte all'imponente transizione digitale, dobbiamo fare in modo che l'offerta digitale sia accessibile, fruibile e “usabile”.

Pensiamo ad esempio ad un software che gestisca l'assistenza domiciliare, utilizzato da professionisti sanitari e dalle persone assistite con una interfaccia grafica simile al sistema di messaggistica più utilizzato, anche dalle persone anziane. È semplice, estremamente “usabile” e intuitivo. Dobbiamo quindi fare in modo che il cittadino con uno o due click possa arrivare facilmente al servizio sanitario. Inoltre, il servizio deve essere anche integrato e multicanale: non possiamo dare alla persona assistita un'applicazione per ogni bisogno di salute, o per ogni professionista sanitario che risponde al bisogno, perché non sarebbe fattibile, né pratico. Tutto questo deve essere fatto attraverso un progressivo empowerment, cioè con un coinvolgimento graduale del cittadino e della sua rete familiare.

In che modo si coniuga la relazione di cura con la digitalizzazione e l'interazione a distanza?

La relazione ci identifica e identifica gli altri, ci colloca nel tempo e nello spazio, ci consente di riconoscere i contesti e la nostra posizione nel mondo, attribuisce un senso alle esperienze e alla vita. *Qualsiasi gesto di cura, dal più specialistico al più generico, si compie all'interno di una relazione.*

La digitalizzazione, quindi, deve permettere agli infermieri di mettere al centro la **relazione di cura** e al contempo, dare al cittadino la possibilità di stare all'interno di una relazione di cura.

La Teleassistenza, ovvero l'atto professionale garantito ed erogato a distanza dall'infermiere, deve garantire la reciprocità del processo di cura.

Da qui il tema delle competenze digitali dei professionisti sanitari e dei cittadini. Siamo formati a fare questo? I cittadini avranno le giuste competenze? Alcuni sì, altri no.

La formazione rappresenta quindi lo strumento principa-

le e necessario per fare in modo che la transizione all'interno della quale siamo immersi, possa essere affrontata con le competenze necessarie.

Secondo le tempistiche dettate dal PNRR, entro il 2026 si deve realizzare quanto di programmato. Riusciremo a centrare gli obiettivi prefissati?

Ad oggi, la sanità italiana si trova in una fase nella quale deve realizzare quanto previsto e progettato per rispondere agli obiettivi del PNRR (in particolare alla Missione 6 Salute), nel rispetto delle tempistiche. La realizzazione dei progetti passa anche dalla qualità delle azioni messe in campo e dal coinvolgimento dei professionisti sanitari e delle persone assistite.

Le evidenze scientifiche ci dicono che oltre il 75% dei progetti di sanità digitale non si realizzano compiutamente perché si sottovalutano le necessità e le preferenze dei professionisti e dei pazienti, c'è poca considerazione delle resistenze culturali e le posizioni precostituite che frenano ogni cambiamento, si ha difficoltà nel misurare gli esiti in termini di salute (2).

In altri termini, se non trasformiamo l'organizzazione e quindi il modo di gestire i processi, basati prevalentemente su presupposti di tipo burocratici, non avremo una vera e propria transizione digitale.

La tecnologia aggiunge valore se consente l'erogazione di nuovi servizi, più sostenibili, più personalizzati, capaci di rilevare i bisogni di salute, basati su logiche di **coprogettazione** dei modelli di presa in carico, in cui gli sviluppatori comprendono meglio le esigenze di utilizzatori e pazienti, i professionisti sanitari sfruttano più facilmente le opportunità che la tecnologia può aprire, le persone assistite manifestano le attese principali e le organizzazioni possono comprendere i ragionevoli limiti di servizio.

È necessario ridisegnare i processi, creando interconnessioni fra parti del sistema che ad oggi sono separate, “a silos”. La persona anziana con problemi di cronicità viene gestita da tanti setting diversi: la persona con cardiopatia scompensata, che dializza e necessita di una visita pneumologica, se non è ricoverata, passa da 4 o 5 setting di cura ambulatoriali diversi. Oggi questi luoghi di cura sono separati, spezzettati e gestiscono la documentazione sanitaria in forma parzialmente digitalizzata o addirittura cartacea. È praticamente impossibile mettere insieme le singole porzioni di processo.

Uno studio condotto da Italia Longeva (3) sulla composizione qualitativa dei cittadini che si recano dal medico di medicina generale, evidenzia che il 75% di queste persone ha più di 5 patologie croniche. Ciò significa che questi cittadini passano da un setting di cura all'altro. La perdita del collegamento tra i diversi setting crea di per sé ulteriori problemi, poiché in assenza di un processo digitale di gestione delle Transitional Care, nessuno sarà capace

di unire le diverse informazioni cliniche e assistenziali e di rispondere in maniera compiuta.

In questo scenario di cambiamento, quali sono le ricadute in termini di responsabilità professionale?

La responsabilità professionale implica la capacità (e, deontologicamente, il dovere) di dare risposte. In questo senso la responsabilità professionale nell'ambito della sanità digitale non è concettualmente diversa dalla responsabilità presente in qualunque setting di cura. La Legge n.24 del 2017, all'art.7, comma 2, infatti stabilisce che le prestazioni erogate in "telemedicina" ricadono nell'alveo della responsabilità contrattuale.

Nel nostro position statement richiamiamo la necessità di una evoluzione normativa della stessa Legge 24/2017, al fine di riequilibrare il perimetro del rischio professionale adattandolo all'evoluzione delle soluzioni tecnologiche.

C'è un ultimo messaggio che vuole condividere?

Stiamo assistendo ad una vera e propria "rivoluzione digitale" che trasformerà le nostre organizzazioni ed il nostro modo di operare all'interno.

Il nostro approccio deve essere "di sistema", consapevole

che all'interno di una realtà organizzativa complessa (e quella sanitaria è la più complessa) non si può agire su singoli pezzi di processo per ottenere il risultato auspicato, ma vanno azionate molte leve in maniera uniforme e coordinata.

In questa situazione le professioni infermieristiche sono protagoniste della co-evoluzione del sistema e intendono portare un contributo sia al dibattito che all'attuazione, mettendo in gioco il proprio patrimonio di competenza e una riflessione pluriennale.

La FNOPI ritiene che la Sanità Digitale sia, **a certe condizioni**, un'occasione per la tutela della salute nel paese, cui le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere a loro volta valorizzate.

Bibliografia

1. Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping review, WHO, 2021
2. Vicarelli/Bronzini, Sanità Digitale, Il Mulino (2019)
3. La mappa della fragilità in Italia, gradiente geografico e determinanti sociodemografici. Italia Longeva, indagine 2022

POSITION STATEMENT SANITÀ DIGITALE

La persona assistita, la prossimità, la sanità digitale

PREMESSA

La sanità digitale (SD) è un baricentro della Missione 6 - Salute del PNRR poiché i nuovi modelli di servizio implementabili consentiranno la sostenibilità ed il rilancio della sanità sul territorio. Si va verso un sistema di "Connected Care" capace di aumentare le opportunità e che sottende un cambio di paradigma: **il cittadino al fianco**, protagonista del suo percorso di cura, consapevole e coinvolto nelle scelte di salute. La SD non rappresenta quindi solo un investimento tecnologico, ma è soprattutto una prospettiva di servizio sanitario ai cittadini.

Si tratta di un tema centrale ed il suo percorso di implementazione ed attuazione è tutt'altro che semplice: basti osservare la spesa programmata e quella effettiva in SD. Negli ultimi due anni sono state bandite nel Paese gare per un valore complessivo di oltre 2,5 miliardi di euro; tanti e diversi sono i cantieri aperti, che devono arrivare a conclusione nel breve periodo ma che hanno ancora molte tematiche da affrontare e questioni aperte.

Come in altre occasioni, se da una parte si assiste ad una spinta tecnologica a tratti pressante, con l'entrata in campo di nuove generazioni di tecnologie non prive di effetti (dopo il fascicolo sanitario elettronico, i big data e la data science, l'intelligenza ar-

tificiale, i sistemi di sensoristica intelligente, l'IoT), dall'altra non si è sviluppata a pieno la concezione del modello organizzativo che dovrà sostenere questa imponente trasformazione.

Siamo davanti a sistemi che si muovono a velocità diverse: la tecnologia, la programmazione PNRR, l'elaborazione organizzativa, il sistema regolamentare, la cultura diffusa delle persone. Ci sono in questo due opposti rischi da evitare: le fughe in avanti, da una parte, la perdita di opportunità per inerzia organizzativa e culturale, dall'altra.

In questa situazione le professioni infermieristiche sono protagoniste della co-evoluzione del sistema e intendono portare un contributo sia al dibattito che all'attuazione, mettendo in gioco il proprio patrimonio di competenza e una riflessione pluriennale.

FNOPI ritiene che la Sanità Digitale sia, a certe condizioni, un'occasione per la tutela della salute nel paese, cui le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere a loro volta valorizzate; la Federazione esplicita dunque la propria posizione per il successo della sanità digitale, in particolare di tutta quella parte di sanità digitale che si attua sul territorio.

1. L'ultimo miglio

L'"ultimo miglio" è il luogo di prossimità, che ha inizio dal domicilio della persona assistita ("La casa come primo luogo di cura") e si sviluppa attorno ad esso, nella logica della teoria della cosiddetta "città dei quindici minuti", dove i servizi sono fruibili dai cittadini in forma diretta, facilmente accessibili e con il minor impatto possibile sull'organizzazione di vita del cittadino, determinando così il criterio guida nelle scelte di investimento,

organizzative e tecnologiche di sanità digitale. È necessario sviluppare ed implementare un modello organizzativo che preveda la partecipazione attiva della persona assistita e della sua rete privata in una logica di co-progettazione. All'eleggibilità assistenziale e clinica della Persona Assistita e della sua rete privata concorre, per pertinenza disciplinare, l'infermiere, anche in funzione di "Digital Citizen Advocacy".

2. I nuovi bisogni assistenziali: la fragilità digitale

La diffusione di servizi digitali e la spinta al digitale ed ai sistemi on-line rischia di aprire, almeno nel breve e medio periodo, un nuovo divario, escludendo molti cittadini che presentano diverse forme di fragilità (deficit sensoriali, di reddito, di istruzione, di connettività, di lingua, ecc.). È necessario porre particolare attenzione ad alcuni aspetti peculiari:

- **Usabilità**, come criterio standard per azzerare il digital divide;
- **Multicanalità integrata**: prevedere una molteplicità di canali con cui i professionisti possono accompagnare i cittadini nel percorso a loro più fruibile;

- **Progressivo empowerment** del Cittadino con un approccio che va condiviso e costruito nei team di cura;
- **Coinvolgimento della rete di prossimità**, in logica di collaborazione e supporto alla gestione integrata dei percorsi di cura;
- **Implementazione di un linguaggio standardizzato**. L'adozione diffusa di un linguaggio infermieristico standardizzato è assolutamente necessario, per consentire la migliore comunicazione tra professionisti sanitari ed un'adeguata valutazione sistematica degli outcome infermieristici.

3. La centralità dell'educazione alla salute e della relazione

La relazione ci identifica e identifica gli altri, colloca nel tempo e nello spazio, ci consente di riconoscere i contesti e la nostra posizione nel mondo, attribuisce un senso alle esperienze e alla vita. Qualsiasi gesto di cura, dal più specialistico al più generico, si compie all'interno di una relazione. I setting di sanità digitale devono sviluppare fortemente la reciprocità dei processi di cura, l'ingaggio e la consapevolezza della Persona Assistita e dei caregiver. La qualità della

relazione, soprattutto in setting assistenziali mediati da soluzioni digitali, rimane un importante strumento di fiducia, di motivazione, di aderenza terapeutica e di esito generale del processo di cura. Gli strumenti relazionali devono essere rapportati alla literacy digitale del cittadino e della sua rete familiare. Pertanto, **lo sviluppo delle competenze relazionali digitali deve diventare parte dei percorsi formativi delle professioni di cura.**

4. La Teleassistenza

La teleassistenza è una practice chiave dell'ambito ampio della telemedicina. Si tratta di un atto professionale, o più spesso una serie ordinata di atti, di interazione a distanza tra il professionista sanitario e persona assistita e caregiver; basato su un set di possibili media: telefonata assistita, videocall, condivisione di set informativi e/o di dati strutturati, sms, chat o mail.

La tecnologia deve consentire al professionista sanitario il massimo possibile controllo sul setting assistenziale ed abilitarne la competenza professionale. Al contempo al paziente/caregiver deve garantire il più adeguato accesso ai sanitari e al case manager. La teleassistenza comprende le attività di attivazione del paziente verso i migliori stili di vita e verso buone pratiche di mantenimento dello stato di salute.

5. Design di servizi e modelli di presa in carico

La tecnologia aggiunge valore se consente l'erogazione di nuovi servizi, più sostenibili, più personalizzati, capaci di rilevare i bisogni di salute. L'introduzione di soluzioni di Sanità Digitale deve adottare alcuni criteri base:

- **Coprogettare** i modelli di presa in carico, in una logica nella quale gli sviluppatori comprendono meglio le esigenze di utilizzatori e pazienti, i professionisti sanitari sfruttano più facilmente le opportunità che la tecnologia può aprire, le persone assistite manifestano le attese principali e le organizzazioni possono comprendere i ragionevoli limiti di servizio;
- **Semplificare** i percorsi rivolti al paziente e migliorare l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza.
- La revisione dei processi deve porre al centro sia la perso-

na assistita e le sue esigenze, sia la sostenibilità del sistema sanitario. Ciò richiede uno sviluppo ed una rivisitazione dei ruoli unita all'aggiornamento delle competenze; tali **processi di shifting** di competenze e responsabilità vanno individuati, accompagnati e governati.

- Uno degli obiettivi di ridisegno dei processi è rappresentato dall'adozione di soluzioni tecniche ed organizzative capaci di assicurare un **modello attivo di Transitional Care.**
- La **partecipazione** della persona assistita e del caregiver al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità poiché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto.

6. Design di servizi e modelli di presa in carico

La responsabilità professionale è declinazione specifica del concetto ampio di responsabilità, che, etimologicamente, implica la capacità (e, deontologicamente, il dovere) di dare risposte. Essere in grado ed essere chiamati a "dare risposte" significa essere i detentori del sapere professionale, titolari della disciplina di riferimento, che viene trasposta in una identità professionale di comprovata solidità. In questo senso la responsabilità professionale nell'ambito della sanità digitale non è concettualmente diversa dalla responsabilità presente in qualunque setting di cura, ricordando che le declinazioni operative della sanità digitale sono composte primariamente da mezzi, non da fini.

Esiste però anche un tema normativo, basato su alcuni punti cardine: la L. 24/2017, art. 7 c.2 stabilisce che le prestazioni erogate in "telemedicina" ricadono nell'alveo della responsabilità contrattuale.

Dal punto di vista professionale, onde evitare una deflazione della spinta evolutiva in sanità digitale:

1. si evidenzia l'esigenza di emendare il comma 2 dell'art.7 della L. 24/2017, riportando il setting specifico nell'ambito della responsabilità di natura extracontrattuale anche il

fine di riequilibrare il perimetro del rischio professionale; allineandolo quindi ai principi di:

- o congruità, ovvero quello che noi oggi chiameremo "agire evidente" o "evidence based"
 - o diligenza professionale, richiamata dall'art. 1176 cc e vincolata alla sola obbligazione di mezzi, modulata ai sensi dell'art. 2236 cc che, in caso di prestazioni ad elevata difficoltà tecnica, limita la re-sponsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave.
2. si evidenzia l'esigenza di affrontare il tema formativo nei confronti dello sviluppo di un digital mindset, che comprenda fortemente anche il tema della responsabilità professionale. Il presupposto, peraltro criterio guida della L. 42/1999 e quindi caposaldo evolutivo delle professioni sanitarie, è infatti la formazione, finalizzata allo sviluppo di competenze e, in ultima analisi, all'allargamento del perimetro di pertinenza professionale specifico, intrinsecamente connesso al tema dell'autonomia e, dunque della responsabilità.

Pronti al cambiamento? Gli otto trend emergenti della salute digitale che ogni infermiere (pavese e non) dovrebbe conoscere

Gianluca Conte

Redazione Nursing Foresight

Il settore dell'infermieristica, indiscutibilmente un pilastro fondamentale del sistema sanitario, sta affrontando profonde trasformazioni grazie all'avvento dell'innovazione digitale. La salute digitale sta guadagnando terreno a passi da gigante, presentando una serie di opportunità e sfide uniche per gli infermieri. Questo articolo si propone di analizzare in maniera esaustiva le tendenze emergenti della salute digitale, fornendo agli infermieri una guida autorevole per comprendere appieno i principali sviluppi delineati dalla letteratura scientifica e dibattuti a livello internazionale.

1. Disparità di accesso

La crescente pervasività della salute digitale è un fenomeno inarrestabile che promette di rivoluzionare l'accesso ai servizi sanitari a livello globale. Tuttavia, è imperativo riconoscere che l'accesso alle tecnologie digitali non è uniforme. Disuguaglianze di genere e socioeconomiche persistono, con donne e popolazioni svantaggiate che rimangono esposte a una minore probabilità di possedere dispositivi digitali. Gli infermieri devono essere consapevoli di queste disuguaglianze al fine di garantire un'assistenza equa ed inclusiva. La diffusione delle soluzioni sanitarie digitali ha registrato progressi notevoli negli ultimi anni, ma è essenziale riconoscere che molte persone, in particolare le fasce più vulnerabili della società, potrebbero rimanere escluse dall'accesso a tali servizi, mettendo a repentaglio l'obiettivo di una copertura sanitaria universale.

2. Personalizzazione vs. salute di popolazione

Il dibattito tra assistenza personalizzata e assistenza basata sulla popolazione è una questione cruciale per gli infermieri. Le soluzioni digitali consentono la personalizzazione delle cure, ma tale personalizzazione non dovrebbe mai essere vista come un surrogato delle tradizionali pratiche assistenziali. Al contrario, la tecnologia digitale offre l'opportunità di fornire un'assistenza su misura e di raggiungere pazienti precedentemente inaccessibili. L'avanzamento delle tecnologie digitali ha inaugurato nuove prospettive per l'assistenza personalizzata, consentendo

la raccolta di dati dettagliati dai pazienti e l'adattamento delle cure in modo specifico, rappresentando una pietra miliare nel miglioramento dell'efficacia terapeutica e nell'incremento dell'engagement dei pazienti nel loro percorso di guarigione. Tuttavia, è fondamentale che gli infermieri mantengano un equilibrio tra l'approccio personalizzato e l'assistenza rivolta alla popolazione, poiché quest'ultima è determinante per garantire che tutti, indipendentemente dalle loro particolari esigenze, possano accedere alle cure necessarie.

3. Documentazione elettronica

La documentazione sanitaria elettronica (EHR in inglese), costituisce un pilastro centrale dell'ecosistema della salute digitale. Questi documenti consentono una gestione efficiente dei dati sanitari e offrono l'opportunità di migliorare la qualità, l'efficienza e la sicurezza delle cure. Tuttavia, l'adozione generalizzata degli EHR rimane un traguardo ancora da raggiungere in molte regioni del mondo, con ostacoli legati all'interoperabilità e alla standardizzazione dei sistemi. La mancanza di standardizzazione e interoperabilità tra i sistemi EHR può ostacolare infatti la condivisione di informazioni tra le strutture sanitarie e tra i professionisti della salute. Gli infermieri devono instaurare collaborazioni con le autorità sanitarie e le organizzazioni al fine di affrontare queste sfide e garantire una gestione dei dati sanitari efficace.

4. Applicazioni mobili e dispositivi indossabili

Le applicazioni mobili e i dispositivi indossabili stanno rivoluzionando la gestione della salute. Dalla gestione delle condizioni croniche al monitoraggio delle attività fisiche, queste tecnologie presentano un notevole potenziale. Tuttavia, sfide legate alla privacy e all'accessibilità continuano a persistere. Gli infermieri devono essere preparati a valutare appieno il potenziale di queste innovazioni e ad affrontare le relative sfide per garantire una pratica infermieristica digitale efficace. Le applicazioni mobili e i dispositivi indossabili hanno aperto nuove opportunità nella gestione della salute. Pazienti e infermieri possono monitorare costantemente le condizioni di salute, rice-

vere feedback in tempo reale e migliorare la gestione delle malattie croniche. Gli infermieri devono essere vigili nell'educare i pazienti sull'importanza della protezione dei loro dati personali e sull'utilizzo responsabile di queste tecnologie.

5. Teleassistenza e telemedicina

La teleassistenza e la telemedicina rappresentano modalità efficaci per l'erogazione dei servizi sanitari, soprattutto nelle aree remote. Tuttavia, si scontrano con ostacoli legati all'infrastruttura tecnologica e ai costi associati. Gli infermieri devono comprenderne appieno il potenziale e contribuire a superare tali sfide. Tuttavia, per garantire il successo di queste modalità di assistenza, è necessario affrontare sfide come l'accesso a Internet affidabile, la sicurezza delle comunicazioni e i costi associati. Gli infermieri devono partecipare attivamente alla progettazione e all'implementazione dei programmi di teleassistenza e telemedicina, al fine di garantire che rispondano alle esigenze dei pazienti e rispettino gli standard di cura.

6. Il ruolo dei social media

L'influenza dei social media nel campo della salute è in costante crescita. Queste piattaforme offrono l'opportunità di condividere informazioni sulla salute e coinvolgere i pazienti. Tuttavia, la diffusione di informazioni errate rappresenta una preoccupazione significativa, e algoritmi efficaci sono essenziali per garantire l'accuratezza e la sicurezza delle informazioni sanitarie. I social media hanno rivoluzionato la comunicazione e l'accesso alle informazioni sulla salute. Gli infermieri possono utilizzare queste piattaforme per educare i pazienti, condividere risorse sulla salute e promuovere la prevenzione delle malattie. Tuttavia, è fondamentale affrontare la sfida della disinformazione. Gli infermieri devono essere coinvolti nella promozione di messaggi basati su evidenze scientifiche e nella creazione di contenuti affidabili sulla salute per contrastare la diffusione di informazioni errate.

7. Gamification e scienze comportamentali

La gamification e le scienze comportamentali giocano un ruolo cruciale nell'coinvolgimento dei pazienti. Queste tecniche possono migliorare la partecipazione dei pazienti e la presa di decisioni trasformando la salute "in un gioco". Gli infermieri dovrebbero riconoscere il potenziale di queste strategie e comprenderne gli aspetti psicologici. L'uso della gamification e delle scienze comportamentali si è dimostrato efficace nell'coinvolgimento dei pazienti nella gestione delle loro condizioni di salute. Gli infermieri possono sfruttare queste strategie per migliorare l'ade-

renza alle terapie, la gestione delle condizioni croniche e la promozione di comportamenti sani.

8. ChatGPT e intelligenza artificiale

L'evoluzione tecnologica nel settore infermieristico sta raggiungendo nuove vette grazie all'introduzione dell'intelligenza artificiale, in particolare attraverso i Large Language Models come ChatGPT. Questa nuova era apre le porte a una serie di utilità che questi modelli offrono agli infermieri, contribuendo in maniera sostanziale a migliorare la pratica e l'assistenza sanitaria in generale. Innanzitutto, l'educazione e la formazione rappresentano una sfera fondamentale in cui ChatGPT dimostra la sua utilità. Gli studenti di infermieristica e i professionisti possono beneficiare di risorse didattiche interattive, simulazioni di casi clinici e materiali di apprendimento creati con l'assistenza di questi modelli. Inoltre, ChatGPT può essere utilizzato per sessioni di addestramento basate su conversazioni, migliorando così le competenze di comunicazione e risoluzione dei problemi degli infermieri.

Un altro campo in cui ChatGPT si dimostra prezioso è il supporto decisionale. Gli infermieri potranno consultare il modello per ottenere informazioni aggiornate su protocolli, linee guida e terapie, contribuendo a migliorare la qualità delle cure e a ridurre il rischio di errori. Inoltre, ChatGPT può essere un alleato nell'educazione dei pazienti, fornendo loro informazioni chiare e comprensibili su diagnosi, terapie e piani di assistenza. Questo contribuisce a migliorare la comprensione e l'adesione alle cure, elementi cruciali per il successo del trattamento. Infine, l'abilità di ChatGPT nel comunicare in un linguaggio accessibile ai pazienti e alle loro famiglie è un aspetto prezioso. Questo è fondamentale per spiegare complesse informazioni mediche in modo comprensibile, migliorando la relazione tra infermiere e paziente.

Conclusioni

In questo manoscritto, abbiamo esaminato diverse tendenze emergenti nella salute digitale che stanno trasformando la pratica infermieristica. Dalla crescente diffusione della salute digitale alle sfide legate all'accesso e alla privacy, gli infermieri giocano un ruolo cruciale nell'adattarsi a questo nuovo ambiente e nell'assicurare che le tecnologie digitali siano utilizzate in modo efficace per migliorare la salute dei pazienti. La continua evoluzione della salute digitale richiede un impegno costante da parte degli infermieri nell'aggiornare le loro competenze e nell'essere parte attiva del cambiamento nel settore sanitario. La salute digitale è una realtà in costante crescita che sta rivoluzionando la pratica infermieristica. Gli infermieri si trovano a fronteggiare sfide relative all'accesso, all'adozio-

ne delle tecnologie e alla sicurezza delle informazioni. Allo stesso tempo, essi devono sfruttare appieno il potenziale di queste tecnologie per migliorare l'assistenza sanitaria e garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Inoltre, è fondamentale considerare come l'intelligenza artificiale generativa, come ChatGPT sia già oggi una realtà che avrà certe ripercussioni sul futuro.

E voi, quanto siete pronti al cambiamento?

Bibliografia essenziale

- AbouZahr, Carla, and Ties Boerma. 2005. "Health Information Systems: The Foundations of Public Health." *Bulletin of the World Health Organization*.
- Black, Ashly D., Josip Car, Claudia Pagliari, Chantelle Anandan, Kathrin Cresswell, Tomislav Bokun, Brian McKinstry, Rob Procter, Azeem Majeed, and Aziz Sheikh. 2011. "The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview" edited by B. Djulbegovic. *PLoS Medicine* 8(1):e1000387. doi: [10.1371/journal.pmed.1000387](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000387).
- Dorsey, E. Ray, and Eric J. Topol. 2016. "State of Telehealth" edited by E. W. Champion. *New England Journal of Medicine* 375(2):154–61. doi: [10.1056/NEJMr1601705](https://doi.org/10.1056/NEJMr1601705).
- Enticott, Joanne, Alison Johnson, and Helena Teede. 2021. "Learning Health Systems Using Data to Drive Healthcare Improvement and Impact: A Systematic Review." *BMC Health Services Research* 21(1):200. doi: [10.1186/s12913-021-06215-8](https://doi.org/10.1186/s12913-021-06215-8).
- Free, Caroline, Gemma Phillips, Leandro Galli, Louise Watson, Lambert Felix, Phil Edwards, Vikram Patel, and Andy Haines. 2013. "The Effectiveness of Mobile-Health Technology-Based Health Behaviour Change or Disease Management Interventions for Health Care Consumers: A Systematic Review" edited by T. Cornford. *PLoS Medicine* 10(1):e1001362. doi: [10.1371/journal.pmed.1001362](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362).
- Kass-Hout, T. A., and H. Alhinnawi. 2013. "Social Media in Public Health." *British Medical Bulletin* 108(1):5–24. doi: [10.1093/bmb/ldt028](https://doi.org/10.1093/bmb/ldt028).
- Kaur, Karamjit, and Rinkle Rani. 2015. "Managing Data in Healthcare Information Systems: Many Models, One Solution." *Computer* 48(3):52–59. doi: [10.1109/MC.2015.77](https://doi.org/10.1109/MC.2015.77).
- King, Dominic, Felix Greaves, Christopher Exeter, and Ara Darzi. 2013. "'Gamification': Influencing Health Behaviours with Games." *Journal of the Royal Society of Medicine* 106(3):76–78. doi: [10.1177/0141076813480996](https://doi.org/10.1177/0141076813480996).
- Kostkova, Patty. 2015. "Grand Challenges in Digital Health." *Frontiers in Public Health* 3. doi: [10.3389/fpubh.2015.00134](https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00134).
- Kruse, Clemens Scott, Anna Stein, Heather Thomas, and Harmander Kaur. 2018. "The Use of Electronic Health Records to Support Population Health: A Systematic Review of the Literature." *Journal of Medical Systems* 42(11):214. doi: [10.1007/s10916-018-1075-6](https://doi.org/10.1007/s10916-018-1075-6).
- Marcolino, Milena Soriano, João Antonio Queiroz Oliveira, Marcelo D'Agostino, Antonio Luiz Ribeiro, Maria Beatriz Moreira Alkmim, and David Novillo-Ortiz. 2018. "The Impact of mHealth Interventions: Systematic Review of Systematic Reviews." *JMIR mHealth and uHealth* 6(1):e23. doi: [10.2196/mhealth.8873](https://doi.org/10.2196/mhealth.8873).
- Meskó, Bertalan, Zsófia Drobni, Éva Bényei, Bence Gergely, and Zsuzsanna Gyórfy. 2017. "Digital Health Is a Cultural Transformation of Traditional Healthcare." *mHealth* 3:38–38. doi: [10.21037/mhealth.2017.08.07](https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.08.07).
- Oh, Hans, Carlos Rizo, Murray Enkin, Alejandro Jadad, John Powell, and Claudia Pagliari. 2005. "What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions." *Journal of Medical Internet Research* 7(1):v71 | e1. doi: [10.2196/jmir.7.1.e1](https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1).
- Panch, Trishan, Jonathan Pearson-Stuttard, Felix Greaves, and Rifat Atun. 2019. "Artificial Intelligence: Opportunities and Risks for Public Health." *The Lancet Digital Health* 1(1):e13–14. doi: [10.1016/S2589-7500\(19\)30002-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30002-0).
- Sacks, Jillian A., Elizabeth Zehe, Cindil Redick, Alhousaine Bah, Kai Cowger, Mamady Camara, Aboubacar Diallo, Abdel Nasser Iro Gigo, Ranu S. Dhillon, and Anne Liu. 2015. "Introduction of Mobile Health Tools to Support Ebola Surveillance and Contact Tracing in Guinea." *Global Health: Science and Practice* 3(4):646–59. doi: [10.9745/GHSP-D-15-00207](https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00207).
- Stead, William W. 2018. "Clinical Implications and Challenges of Artificial Intelligence and Deep Learning." *JAMA* 320(11):1107. doi: [10.1001/jama.2018.11029](https://doi.org/10.1001/jama.2018.11029).
- Topol, Eric J. 2019. "High-Performance Medicine: The Convergence of Human and Artificial Intelligence." *Nature Medicine* 25(1):44–56. doi: [10.1038/s41591-018-0300-7](https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7).
- Van De Belt, Tom H., Lucien Jpg Engelen, Sivera Aa Berben, and Lisette Schoonhoven. 2010. "Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: A Systematic Review." *Journal of Medical Internet Research* 12(2):e18. doi: [10.2196/jmir.1350](https://doi.org/10.2196/jmir.1350).
- Wang, C. Jason, Chun Y. Ng, and Robert H. Brook. 2020. "Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing." *JAMA* 323(14):1341. doi: [10.1001/jama.2020.3151](https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151).

Connessioni delicate: la salute digitale dei minori

Irina Tudori, infermiera pediatrica U.O. Pediatria Degenza

Fiorenza Bucci, infermiera U.O. Pediatria Degenza

IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia



Essere online è una grande opportunità ma, per ogni età, ci sono tempi e device.

Cellulari, smartphone e tablet sono entrati a far parte delle nostre vite in modo massivo e la pandemia ha inevitabilmente portato ad un incremento del tempo trascorso davanti agli schermi. Essere genitori al tempo degli smartphone è ancora più impegnativo. Sono sempre di più i bambini e i ragazzi che, anche per esigenze organizzative e di vita familiare, ne possiedono uno. Tuttavia, da genitori bisogna riconoscere che non rappresentano solo un mezzo di comunicazione, ma un nuovo mondo da gestire con cura. Esattamente come si fa con la televisione o con altri giochi, anche in questo caso sono necessarie alcune regole da seguire per limitarne un uso improprio ed eccessivo.

I primi anni di vita sono cruciali per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali, poiché fino al 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni d'età. Da un comunicato stampa sulla salute dei minori in sfera digitale, le associazioni dei pediatri ACP, FIMP e SIP in collaborazione con Fondazione Carolina e Meta presentano i risultati di un'indagine sul rapporto con il digitale all'interno delle famiglie: nella fascia 0-2 anni il 72% delle famiglie ammette di utilizzare social e chat durante i pasti dei propri figli, mentre il 26% lascia che i bambini utilizzino i device in completa autonomia percentuale che sale al 62% per la fascia 3-5 anni, all'82% a nella fascia 6-10 anni e al 95% tra gli 11 e i 15 anni. Ciò denota una scarsa consapevolezza da parte delle famiglie e una condizione di solitudine nei bambini.

Tali dati sono confermati anche dalle evidenze scientifiche recenti. Infatti, la letteratura scientifica al riguardo ha evidenziato che:

- il tempo impiegato nell'utilizzo dei vari device è direttamente proporzionale alla comparsa di sintomi quali nervosismo, inquietudine, insonnia, stanchezza e debolezza, scarsa concentrazione, perdita di interesse o ritiro dalle attività abituali, messa in atto di comportamenti a rischio, modifica repentina di abitudini alimentari e cambiamenti di peso;
- il 95% degli adolescenti ha in camera da letto un dispositivo multimediale elettronico;
- i bambini prendono sonno un'ora più tardi rispetto all'orario in cui vanno a letto e dormono in media 5 ore, perdendo 2/4 ore di sonno tutti i giorni; da qui disturbi sonno veglia;
- Ansia e Depressione hanno subito un aumento di 33% in 5 anni;
- Crisi convulsive sono sintomi presenti in proporzione alle ore crescenti di presenza in internet.

Inoltre, vi è la scarsa percezione delle famiglie sui rischi dell'uso improprio della tecnologia digitale: dai sintomi della dipendenza, ai principali pericoli in termini di salute psicofisica, come sexting e grooming. **“Sexting”** significa letteralmente scambio di messaggi e contenuti erotici. Per **Grooming o, meglio, online child grooming** si intende l'adescamento di minori online.

I genitori possono consultare i pediatri su cosa i bambini stanno visualizzando e su eventuali problemi associati. Infine, i pediatri devono ricordare alle famiglie che i genitori dovrebbero essere un buon modello: i bambini sono fantastici e ci imitano. Per questo motivo i genitori devono limitare il proprio uso mediatico. Una maggiore connessione con i bambini si otterrà maggiormente interagendo, abbraccian-





doli e giocando con loro, piuttosto che utilizzando i media. L'interazione proattiva tra genitori e figli è probabilmente la cosa più importante! Le famiglie non devono fruire dei media come un pacificatore emotivo perché limiterà lo sviluppo della regolazione delle emozioni da parte del bambino. Fondamentale è offrire aiuto e supporto alle famiglie per fornire loro gli strumenti per riconoscere possibili "campanelli d'allarme" rispetto all'insorgenza di sintomi di natura psicologica, e attuare interventi in un'ottica di prevenzione. Utile sarebbe mettere in atto azioni educative-formative per sensibilizzare gli stessi adolescenti rispetto a queste tematiche e alle diverse possibilità, spesso sconosciute, con cui possono chiedere aiuto. Infine, occorre sviluppare competenze e professionalità adeguate, potenziare la rete dei servizi e rafforzare le competenze degli operatori sanitari e sociali, implementare le reti territoriali e i legami sociali delle comunità.

Nell'ultimo numero della rivista "L'INFERMIERE", Organo ufficiale della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, si propone un decalogo per la salute digitale dei bambini, che di seguito riproponiamo come guida per i genitori:

1. Niente schermi sotto i 18 mesi
2. Un ora al giorno di scoperta digitale tra i 2-6 anni, frazionate in 20-30 minuti, più volte per esplorare il mondo creativo educativo
3. Limitare ma non vietare: durante l'età scolare 2 ore al giorno per l'uso dei dispositivi digitali
4. Una buona notte di sonno: scoraggiamo l'uso dei dispositivi digitali un'ora prima di andare a letto
5. Lo smartphone non è un calmante: insegniamo ai bambini strategie alternative per gestire le emozioni, come il gioco all'aperto e la lettura.
6. Momenti preziosi in famiglia: dedichiamo i pasti e i momenti trascorsi in famiglia a conversazioni e attività condivise.
7. La gestione del tempo digitale: utilizziamo le funzioni di gestione del tempo fornite dai produttori di smartphone per aiutare i ragazzi a comprendere e regolare il tempo trascorso sui dispositivi.
8. Educare alla sicurezza on-line: I genitori sono i principali modelli per i loro figli, facciamo attenzione ai dati e ai

contenuti che condividiamo online, mostrando responsabilità e rispetto per la privacy.

9. Protetti on-line: insegniamo utilizzo delle password
10. Una comunicazione aperta e consapevole: Manteniamo un dialogo costruttivo con i nostri figli a partire da un sforzo di conoscenza del mondo digitale.

"Cari genitori, spetta a noi

*Cari genitùr, metumàs una màn in sal còr e cuminciuma
A di ad no, ièn dù lètar semplice ma cun dentàr tànta valùr,
l'è no cativeria ma insegnà ad andà drìt per la so strà/
Cari genitùr fuma gni ammò ad mòda i regul, da rispetà
L'è asè cumincià.*

*Cari genitùr, tutti present a mangià, telefonin smursà.
La so, l'è dùra ma mai as cumincua mai vedaruma la lùs' in
ti adolescent dal di d'incò/ speta a nùm indirisai pulid/
Fòrsa, l'è namò tròp tardi."*

Poesia di Katia Magrotti

Bibliografia consultata

- Bozzola, E., Spina, G., Ruggiero, M., Memo, L., Agostiniani, R., Bozzola, M., ... & Villani, A. (2018). Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric society. *Italian journal of pediatrics*, 44(1), 1-5.
- Dibben, G. O., Martin, A., Shore, C. B., Johnstone, A., McMellon, C., Palmer, V., ... & Simpson, S. A. (2023). Adolescents' interactive electronic device use, sleep and mental health: a systematic review of prospective studies. *Journal of Sleep Research*, e13899
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. J., & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ open*, 5(1), e006748.
- Intro alla Guida Minori Online. Fondazione Carolina. Disponibile a <https://www.minorionline.com/guida-minori-online/intro-alla-guida-minori-online/> consultato il 20.11.23
- LA SALUTE DIGITALE DI BAMBINI E RAGAZZI. Fnopi. Disponibile a <https://www.infermiereonline.org/2023/10/26/la-salute-digitale-di-bambini-e-ragazzi/> consultato il 20.11.23
- Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336-348.
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani. Ministero della salute. Disponibile a <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?id=4240&area=salute%20mentale&menu=obiettivi> consultato il 20.11.23
- Tang, S., Werner-Seidler, A., Torok, M., Mackinnon, A. J., & Christensen, H. (2021). The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 86, 102021.

Sanità Digitale ed Electronic Health Records: il potenziale inespresso e la complessità di implementazione

*Maria Cristina Sacchi, Infermiere, U.O. di Pneumologia
IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia*

Termini quali “rivoluzione digitale”, “sanità digitale” e “software come dispositivi medici” sono entrati, ormai da anni, nel lessico scientifico. L'impiego costante di queste espressioni, utilizzate per descrivere la trasformazione digitale relativa ai processi che interessano la salute e l'assistenza, denota e sottolinea come la digitalizzazione abbia influenzato e stia profondamente influenzando tutti gli ambiti della vita quotidiana così come, inevitabilmente, anche l'ambito professionale della sanità. In questo scenario di digitalizzazione e che vede protagonisti i professionisti della salute spiccano gli Electronic Health Records (EHRs), uno dei risultati più importanti della tecnologia dell'informazione nel settore sanitario, determinante per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza dei pazienti (1). Nati per essere una cartella clinica a vita – si definiscono come un insieme completo delle informazioni sanitarie di un paziente che viene mantenuta dal personale sanitario nel tempo ed include tutti i dati clinici rilevanti per quest'ultimo (2). Attraverso questi sistemi, i cittadini possono tracciare e consultare l'intera storia della loro vita sanitaria, condividendola con gli operatori sanitari (2). Contengono generalmente dati demografici, parametri vitali, amministrativi e dati sia medici che relativi a farmaci ed informazioni cliniche incentrate sul paziente (ad esempio dati provenienti dalla somministrazione di scale di valutazione sulla qualità della vita, dispositivi di monitoraggio domestico e valutazioni di fragilità o caregiver) le quali vengono inserite elettronicamente dagli operatori sanitari nel corso della vita della persona estendendosi a tutti i care settings (2).

L'uso degli EHRs ha reso le informazioni relative ai pazienti più consultabili e più disponibili rendendone l'accesso da quasi tutte le località del mondo (3). Gli Electronic Health Records, infatti, forniscono una registrazione longitudinale delle informazioni e consentono l'accesso autorizzato alle cartelle cliniche in tempo reale. Oltre ad espandere la capacità di utilizzare i dati clinici per il monitoraggio degli esiti dei pazienti e condurre audit e ricerche (4), questi sistemi forniscono l'accesso alle informazioni sui pazienti in modo tempestivo, consentendo agli operatori sanitari di trascorrere più tempo con questi ultimi (5), riducendo la duplicazione del lavoro e la ripetitività e migliorando la sicurezza e la qualità delle cure fornite (6)the imple-

mentation and evaluation of health information systems (HIS). È rilevante sottolineare come gli EHRs non solo aumentano il rapporto costi-benefici ma anche riducono i tassi di errore – meno errori di prescrizione, maggiore disponibilità di farmaci per i pazienti, avvisi di allergia e più salvaguardie per la salute in generale (7) – sostengono le attività decisionali di prescrizione, migliorano la qualità dei Servizi Sanitari e riducono i costi a lungo termine (8). Gli Electronic Health Records, oltre a quanto già affermato, sono una risorsa promettente per migliorare l'efficienza degli studi clinici e per capitalizzare nuovi approcci di ricerca scientifica (9).

In quest'ottica e nonostante i numerosi benefici derivanti da questi sistemi, sono state affrontate delle sfide e delle complessità nell'implementazione di un EHR completamente interoperabile (10)the implementation of EMRs in some primary care systems has lagged behind other settings, with piecemeal adoption of EMR functionality by primary care physicians (PCPs). Infatti numerose strutture sanitarie di tutto il mondo hanno implementato gli Electronic Health Records ma solo poche hanno avuto successo e quest'ultima è progredita più lentamente di quanto inizialmente previsto (11). Oltre a quanto già detto, più del 50% degli Electronic Health Records fallisce o non viene utilizzato correttamente (12). Infatti, vi sono una serie di ragioni che incrementano la complessità di implementazione tra cui le caratteristiche del Sistema in continua evoluzione e le relazioni contrattuali guidate politicamente tra gli operatori sanitari che sembrano impedire il completamento con successo dello sviluppo del sistema di EHR (13). La resistenza e l'opposizione nel passaggio da sistemi cartacei a sistemi elettronici, inoltre, rendono complessa l'implementazione di questi sistemi, così come la mancanza di attività di pre-implementazione (12), di prontezza organizzativa, l'indisponibilità tecnologica e la mancanza di competenze tecniche ed informatiche del personale (14). Emergono, in aggiunta, la mancanza di istruzione e formazione e la carenza di consapevolezza dei benefici che essi apportano (2). Altro ostacolo presente ubiquitariamente in letteratura è legato alla mancanza di hardware e ai costi associati all'acquisizione delle infrastrutture. Infatti l'adozione e l'attuazione di questi sistemi richiede un investimento iniziale sostanziale in termini di

denaro e la mancanza di capitale iniziale potrebbe inibire il primo passo nell'adozione degli EHRs (8). Al netto di quanto affermato, l'incertezza riguardante la privacy e la riservatezza dei dati sono anch'esse riconosciute come deterrenti all'implementazione dei sistemi EHR (2). L'archiviazione di massa e la facile trasmissione di informazioni sanitarie sensibili, difatti, solleva significative preoccupazioni relative alla riservatezza dei dati sia per i pazienti che per gli operatori sanitari (15).

In virtù del suo essenziale ruolo e solo grazie al professionista infermiere, sarà possibile massimizzare l'impatto positivo di queste tecnologie sui pazienti, ricercatori, formatori e policy-makers, migliorare la qualità dei Sistemi Sanitari e promuovere una gestione più efficiente delle informazioni cliniche.

BIBLIOGRAFIA

1. Klinis S, Markaki A, Kounalakis D, Symvoulakis EK. Monitoring Reasons for Encounter via an Electronic Patient Record System: the Case of a Rural Practice Initiative. *Int J Med Sci*. 2012 Oct 6;9(8):704–7.
2. Gesulga JM, Berjame A, Moquiala KS, Galido A. Barriers to Electronic Health Record System Implementation and Information Systems Resources: A Structured Review. *Procedia Computer Science*. 2017 Jan 1;124:544–51.
3. Evans RS. Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future. *Yearb Med Inform*. 2016 May 20;1(1):48–61.
4. Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *Int J Med Inform*. 2014 Nov;83(11):779–96.
5. Warraich HJ, Califf RM, Krumholz HM. The digital transformation of medicine can revitalize the patient-clinician relationship. *NPJ Digit Med*. 2018;1:49.
6. Sligo J, Gauld R, Roberts V, Villa L. A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. *Int J Med Inform*. 2017 Jan;97:86–97.
7. Campanella P, Lovato E, Marone C, Fallacara L, Mancuso A, Ricciardi W, et al. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):60–4.
8. Kruse CS, Mileski M, Alaytsev V, Carol E, Williams A. Adoption factors associated with electronic health record among long-term care facilities: a systematic review. *BMJ Open*. 2015 Jan 28;5(1).
9. Cowie MR, Blomster JI, Curtis LH, Duclaux S, Ford I, Fritz F, et al. Electronic health records to facilitate clinical research. *Clin Res Cardiol*. 2017;106(1):1–9.
10. O'Donnell A, Kaner E, Shaw C, Haighton C. Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: a systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2018 Nov 13;18(1):101.
11. Morrison Z, Robertson A, Cresswell K, Crowe S, Sheikh A. Understanding Contrasting Approaches to Nationwide Implementations of Electronic Health Record Systems: England, the USA and Australia. *Journal of Healthcare Engineering*. 2011;2(1).
12. Biruk S, Yilma T, Andualem M, Tilahun B. Health Professionals' readiness to implement electronic medical record system at three hospitals in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014 Dec 12;14:115.
13. Sheikh A, Cornford T, Barber N, Avery A, Takian A, Lichtner V, et al. Implementation and Adoption of Nationwide Electronic Health Records in Secondary Care in England: Final Qualitative Results from Prospective National Evaluation in "Early Adopter" Hospitals. *BMJ*. 2011;343:6054.
14. Ajami S, Ketabi S, Isfahani SS, Heidari A. Readiness assessment of electronic health records implementation. *Acta Inform Med*. 2011 Dec;19(4):224–7.
15. Shenoy A, Appel JM. Safeguarding Confidentiality in Electronic Health Records. *Camb Q Healthc Ethics*. 2017 Apr;26(2):337–41.

L'informatizzazione come strumento decisionale e di governo per l'Infermiere: l'esperienza delle RSA di Gruppo Gheron

Roberto Rovati

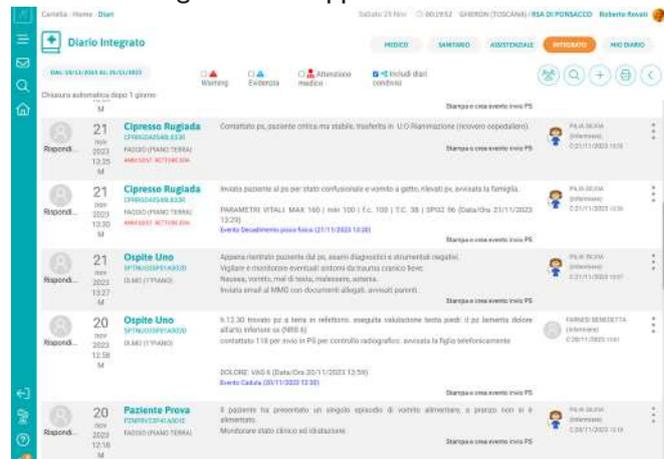
Gruppo Gheron. Direzione Generale

Lo scenario sanitario e sociosanitario della informatizzazione

Lo scenario della informatizzazione sanitaria si appresta a cambiare e svilupparsi velocemente, almeno in Regione Lombardia, ove, dal 2024, le piattaforme sanitarie dovranno conformarsi agli standard HL7 di interoperabilità, compreso il modello FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), il repository clinico dove tutte le risorse che riguardano utenti, operatori sanitari, organizzazioni, diagnosi, terapie, piani di cura, PAI, avranno un formato standardizzato, come standardizzate saranno le operazioni di inserimento, modifica e ricerca dei documenti. Tutto ciò anche allo scopo di favorire la migrazione verso la NPRI (Nuova Piattaforma di Integrazione Regionale) che garantirà, attraverso un adeguamento del modello architetturale e attraverso l'evoluzione delle tecnologie utilizzate, una maggiore sinergia tra gli Enti Sanitari Regionali e i soggetti esterni (compresi gli Enti Accreditati), promuovendo una gestione utente-centrica. Gheron, che ha da anni una partnership di sviluppo con Advenias Care e con Zucchetti, fa convergere già oggi molti dei dati provenienti dai diversi software adottati in un unico BI (Business Intelligence) noto come Qlik Sense. Questa è una soluzione che, disponendo di un motore analitico associativo su piattaforma cloud (pertanto accessibile ovunque e da qualsiasi browser), è in grado di supportare la presa di decisioni, associando tra loro basi di dati clinico-assistenziali o amministrative. È utilizzata soprattutto mediante query (domande) predefinite e grafici visuali esportabili. Qlik Sense rappresenta per Gheron un cru-

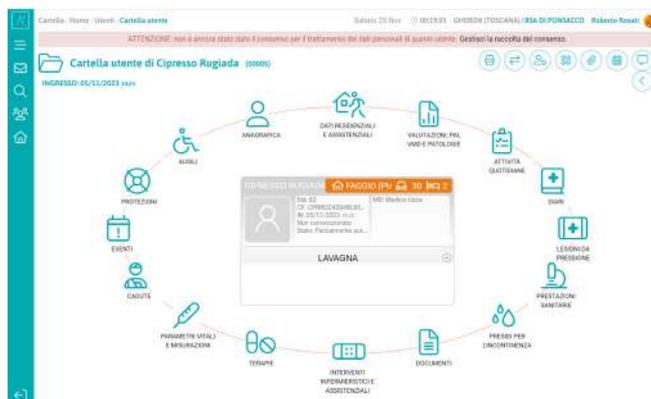
scotto di governo data driven (ovvero guidato dai dati) particolarmente utile per l'interrogazione in tempo reale e la costruzione semplificata e continua di audit clinico-assistenziali. Le condizioni necessarie sono, naturalmente, quelle di disporre di reti Wi-Fi sempre connesse e che tutto il personale popoli tali software, abbandonando qualsiasi proposito di scrittura su carta o su file locali.

Il sistema integrato di Gruppo Gheron



I Diari interdisciplinari

Negli ultimi otto anni un Team costituito da Infermieri e Medici ma anche da Psicologi e Fisioterapisti, con il pieno supporto dell'Azienda e la partnership di importanti Softwarehouse, ha sviluppato un sistema informativo, cioè di gestione di informazioni che, con il supporto della informatizzazione, incentri la propria ragion d'essere dalla correlazione tra informazione e decisione e tra informazione e controllo perché ha creduto che valutare e decidere insieme sia la condizione indispensabile per garantire la qualità e la misurabilità dei risultati. Tutte le Strutture del Gruppo sono interamente cablate in Wi-Fi e tutti gli Operatori (sanitari e non sanitari) dispongano sempre di device (in genere PC portatili ma anche Tablet e Smartphone) che possono essere consultati anche al fuori del contesto lavorativo, previa sottoscrizione di accordi di riservatezza. La parte sanitaria e assistenziale dialoga con quella che gestisce le risorse umane ed economiche, convergendo in unico Business Intelligence (un software collettore) a garanzia del governo di tutti i processi, della loro correlazione e della disponibilità di



L'interfaccia di sistema per un Ospite assistito

risultati. Ciò riguarda il Dossier sanitario (così si chiama la cartella clinica in Italia dal GDPR del 2016) ma anche il nuovo mondo della Telemedicina che porta la tecnologia a casa dei cittadini: dagli smartphone che guidano l'assistenza domiciliare dalla tele visita, alla guida di attività per la stimolazione cognitiva (si pensi alle demenze) per arrivare a supportare la riabilitazione funzionale. In questo articolo si esemplificano alcuni aspetti che rivestono maggior interesse per l'assistenza infermieristica ma con riferimenti anche al management gestionale: dal coordinamento alla direzione.

La Pianificazione Assistenziale Individualizzata

<p>obiettivo gestione attività assistenziale</p> <p>☒ ☒</p> <p>mantenere adeguata igiene in ospite autonomia ☒ ☒</p> <p>☒ ☒</p> <p>mantenere l'omeostasi cardiorespiratoria, evitare le rianalizzazioni ☒ ☒</p> <p>☒ ☒</p> <p>diminuzione del peso corporeo, evitare le complicanze ☒ ☒</p> <p>☒ ☒</p> <p>mantenere le abilità motorie conservate ☒ ☒</p>	<p>supervisione costante sulle sue condizioni igieniche, sul provvedere autonomamente Barthel - per necessità essere adeguato genere dell'ospite</p> <p>viene aiutata da 1 operatore nel bagno assistito settimanale, viene svolta una supervisione quotidiana sullo stato di pulizia e igiene dell'ospite Barthel - per necessità essere adeguato genere infermiere</p> <p>terapia farmacologica, parametri vitali mensili e al bisogno, fisioterapia al bisogno, visite prevenzionistiche al bisogno SpO2 superiore 98% in a.o., PA max superiore 140/90, FC < 110 alla deambulazione</p> <p>parametri dietetici, consigli dietetici, visita dietologica al bisogno, esami ematici mensili e al bisogno (controllo del profilo lipidico), peso mensile e al bisogno, scale MUST semestrale e al bisogno peso non > 85, compliance > 10</p> <p>attività motoria di gruppo e se necessario individuale; se ne rifiuta costantemente le attività motorie proposte numero di</p>	<p>Assistenziale • Infermiere</p> <p>Bagnidocce</p> <p>Assistenziale • Infermiere</p> <p>RELAZIONE PARAMETRI VITALI</p> <p>Riabilitazione FISIO</p> <p>Diagnostica di gruppo, Riabilitazione individuale</p>	<p>• Infermiere • Medico</p> <p>• Infermiere • Medico</p> <p>• Infermiere</p> <p>• Fisioterapista</p>
--	---	--	---

Pianificazione Assistenziale Individualizzata

Non è scontato puntualizzare che, nel contesto sociosanitario, il "Processo Assistenziale" sia stato prescritto per norma e valutato in ragione della sua appropriatezza clinico-assistenziale. Gruppo Gheron lo ha fatto proprio e sviluppato in modo tale da ricomprendere tutti i gruppi professionali. Il "processo di nursing", insomma, pianifica l'intera attività assistenziale per l'interno Team multidisciplinare, dunque anche per Infermieri, Medici, Fisioterapisti, Educatori, Psicologi, ASA e OSS. Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) viene così progettato e aggiornato in ragione della complessità degli obiettivi da raggiungere ed al mutare delle condizioni cliniche e sociali degli Ospiti presi in carico.

- La "presa in carico" prevede che anche la **raccolta dati**, realizzata anche mediante la compilazione di scale di dati aggregati (scale di valutazione multidimensionale) venga supportata dall'informatizzazione. Per l'indice di Braden, gold standard per la valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione, viene proposta una guida in linea per la corretta attribuzione degli indicatori, una barra di risultato che popola la sezione di "Rischio clinico", e la necessità di effettuare prescrizioni di interventi da pianificare (suggeriti in dal sistema in relazione alla stratificazione del punteggio conseguito)
- Per la **fase diagnostica**, che prevede la formulazione di "bisogni/problemi assistenziali", sono state customizzate nel software oltre 60 diagnosi infermieristiche internazionali (Nanda international) disponibili in un menu a tendina
- Per la **fase di pianificazione**:
 - o è previsto l'inserimento di obiettivi da traguardare

(non ancora con una codifica tabellare di obiettivi standardizzati e proposti per area con un supporto metodologico

- o è previsto l'inserimento di indicatori di performance (qualitativi o quantitativi), quale elemento di misura del raggiungimento dell'obiettivo prefissato
- o è previsto l'inserimento di scadenze temporali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati che producono comunicazione di memoria al termine indicato
- o è previsto l'inserimento delle attività (totalmente codificate ma tuttavia integrabili) che possono essere assegnate ad un singolo Ospite o a gruppi di Ospiti con apposite griglie di pianificazione (ad esempio le attività di ginnastica dolce o la partecipazione ad attività di animazione).

➤ Per la fase di attuazione:

- o il sistema guida l'inserimento di interventi pianificati agli Operatori interessati negli orari di riferimento, determinando così un "Piano di lavoro" ad hoc quotidiano
- o il sistema obbliga gli Operatori a svolgere le attività proposte: alcune necessitano solo di visto di attuazione, altre che di una rilevazione qualitativa (ad es: quanto l'Ospite abbia mangiato, il sensorio al controllo orario di una contenzione fisica, la valutazione della intensità del dolore).

- La **fase di valutazione** prevede un riscontro di raggiungimento degli obiettivi nei tempi stabiliti. Vi è in tal senso un aiuto da parte del sistema informatico che avvisa del superamento di soglie impostate (ad esempio: se l'Ospite non si scarica da enne giorni, se avanza molto cibo per enne volte, se il diario medico non viene aggiornato da enne giorni, se la pressione arteriosa supera certi valori o se non viene dato riscontro a ciò che è stato pianificato alle scadenze stabilite.

L'esempio delle somministrazione della terapia

Il Medico (anche con il supporto dei database di Farmacodi), esprime la prescrizione tanto per principio attivo che per nome commerciale e può farlo da qualsiasi device con accesso al Web, dunque anche da un luogo differente da quello di riferimento (si pensi alla condizione di reperibilità). L'Infermiere dispone di fasce orarie per la somministrazione (dunque un delta orario ad eccezione di terapie ad orario prestabilito). Queste hanno un Tag rosso quando non ancora gestite che diventa verde una volta somministrate o arancio se non somministrate con specificazione di causa (come avviene per le terapie condizionate). Sono in fase di sperimentazione terapie preparate mediante meccatronica (robotica) e somministrate con tracciatura barcodizzata. Il governo di tale processo facilita anche potenziali somministrazioni sicure e tracciate, effettuate da altro operatore debitamente formato e abilitato, come nel caso della sperimentazione regionale per la somministrazione della terapia orale solida da parte

dell'OSS con Formazione Complementare.

L'esempio dei follow up di wound care

L'Infermiere esegue la valutazione della lesione (sia in RSA che in Assistenza domiciliare) passando necessariamente dalla stadiazione NPAUP e dalla valutazione delle caratteristiche della lesione con Push Tool (localizzazione, dimensioni, fondo, presenza di fibrina, slough, necrosi, etc.) aiutato da una guida in linea e con la possibilità di inserire una immagine fotografica o una galleria fotografica che meglio evidenzia le evoluzioni temporali). Il sistema chiede di inserire il protocollo di trattamento per il quale l'Infermiere può trovare inserite le medicazioni avanzate disponibili e previste nel Protocollo di trattamento condiviso. L'immagine fotografica ingrandita facilita la valutazione, la didattica e la consulenza a distanza. Il sistema invita a pianificare un Follow Up temporale per le successive medicazioni e valutazioni.

L'esempio della dettatura vocale e la ricerca testuale

Una caratteristica di facilitazione è la dettatura vocale dei diari o di qualsiasi campo di testo, così come il sistema di correzione ortografica proprio dei browser. L'indicizzazione testuale facilita poi la ricerca, tanto per parola che per frase. Ad esempio, è possibile ricercare tutte le volte in cui appare il nome dell'Operatore, dell'Ospite, la parola infezione, medicazione, caduta. Da qualsiasi punto del Dossier (cartella) è sempre possibile provvedere all'invio immediato dell'informazione anche a Diario (dati, parametri, valutazioni, pareri specialistici, etc.). A sua volta l'informazione può essere dedicate o posta all'attenzione di un Operatore (ad esempio il Medico), di un gruppo di lavoro o rappresentare una memoria per chi sta scrivendo in quel momento.

Telemedicina

Lo sviluppo della telemedicina è di grande supporto per il territorio, sia che si tratti di RSA e o di Assistenza domiciliare. L'esempio più noto è l'**ECG**: l'invio del tracciato, anche in fase di teleconsulto per la refertazione avviene mediante SW sanitario certificato, ovvero in forma dinamica per consentire al Cardiologo misurazioni, valutazioni e refertazione in firma digitale. Anche in caso di ECG stand alone, il sistema supporta l'Infermiere con la proposta della refertazione, grazie al modulo Glasgow on board.

La **Televisita** può avvenire con il supporto di un monitor multiparametrico attivo (Tytocare) che rileva, valuta e trasmette diversi parametri, anche inferendo tra loro i dati. La cosa interessante è che può dialogare con l'Utente, auscultare, osservare la cute in alta definizione con finalità che si estendono al campo dermatologico o del wound care.

Anche la **Stimolazione cognitiva** è attuata nell'ecosiste-

ma Gheron grazie alla partnership con il Politecnico di Torino con il SW Brainer che è stato debitamente implementato. A tutti gli Ospiti o Utenti domiciliari viene effettuato un multitest (Ace Addenbrook Revised) che stima i domini cognitivi compromessi in accordo con il DSM V e che propone ad hoc centinaia di esercizi con cui interagire (con touch). Sotto la guida degli Psicologi o degli Educatori viene così effettuata un'attività adeguata alle capacità residue i cui risultati sono monitorati e seguiti nel tempo.

Qlik Sense (Business Intelligence)

Diag. Acquisita	Zona	Data Acquisita	Data Fin	Sito	Urgenza	Freq.	Warning
17/11/2023	SACRO	17/11/2023		Follow-up: 17/11/2023 Grado: 2° STADIO necrosi Dimensione: 3,1x2,5 cm Etiologia: Poca Tessuto: Granulato Fondello: Siero Push-Test: 7	DOMICILIO	3	
08/11/2023	MALLEOLO ESTERNO DX	08/11/2023		Follow-up: 08/11/2023 Grado: 2° STADIO necrosi Dimensione: 3,3x4,0 cm Etiologia: Poca Tessuto: Epitelizzato Fondello: Siero Push-Test: 4	INTERNA	3	
08/11/2023	GAMBA LATO POSTERIORE DX	08/11/2023		Follow-up: 10/11/2023 Grado: 2° STADIO necrosi Dimensione: 3,5 cm Etiologia: Poca Tessuto: Epitelizzato	DOMICILIO	3	

Lesioni da Pressione

Il plus dell'informatizzazione è la possibilità che un potente software collettore sia in grado di ricevere tutti i dati rilevati, di tabularli secondo Query (domande) predefinite che incrocino basi di dati e li riproponga con tabelle o grafici ad hoc. Il SW Qlik Sense adottato incorpora quotidianamente tutti i database, riproponendo i dati nelle modalità prescelte o interrogabili. Si tratta di un vero e proprio cruscotto digitale che permette di tenere sotto controllo ogni situazione valutabile: dal singolo Ospite alla Unità Operativa, fino a migliaia di Utenti contemporaneamente. Per meglio esemplificare, il SW comunica il rapporto tra le cadute accidentali e le contenzioni, tra le cadute accidentali e la terapia ipnotico sedativa, monitora la polifarmacologia prescritta, monitora le lesioni da pressione, esponendo graficamente: il rapporto tra lesioni acquisite e neoformate, comparando le sedi e le classi NPAUP, stimando la probabilità di formazione e il tempo medio atteso di guarigione.

Si tratta insomma di Audit Clinici già costituiti e giornalieri interrogabili che aiutano a comprendere la qualità delle cure. Lo stesso lavoro viene fatto per monitorare le risorse umane (standard di presenza), ed i costi (rispetto dei budget assegnati o studio di costi per tipologia di utenza).

Conclusioni

L'informatizzazione aiuta grandemente il sistema informativo e la presa di decisioni che tuttavia si sviluppa laddove siano chiari obiettivi, percorsi e architettura di lavoro. È come usare un'auto al posto di una bicicletta: se non so

guidare, dove andare e quando andarci, serve a poco. Il Sistema socio sanitario è oggi ancora fortemente in ritardo rispetto ai mezzi disponibili. In tempo Covid chi scrive ha avuto modo di partecipare ad incontri con L'Istituto Superiore di Sanità che era per molti aspetti cieco a causa della Babele di SW non comunicanti, disomogenei per modalità di raccolta e strumenti scientifici cui aggiungere ancora il problema dei dati manoscritti e dunque non utilizzabili. Si auspica che la standardizzazione dei linguaggi informativi annunciata in premessa si attui velocemente. L'esperienza di Gruppo Gheron dimostra che si tratta di una strada perseguibile con soddisfazione. La semplice usabilità dei SW attuali permette infatti davvero a tutti di partecipare alla auspicata transizione digitale nel modo sociosanitario.

Roberto Rovati si occupa di "Sviluppo" nella Direzione generale di Gruppo Gheron ove è procuratore speciale: è Direttore Health IT (responsabile delle piattaforme informatiche sanitarie), Risk Manager aziendale e Direttore di RSA; è Infermiere dirigente con laurea magistrale in scienze infermieristiche e professore a contratto UNIPV. L'azienda Gruppo Gheron una delle principali Aziende nel panorama sociosanitario italiano: 3800 PL attuali (98% saturazione) con diversi cantieri attivi per nuove strutture, soprattutto RSA, ma anche Hospice e Cure intermedie, cui si aggiungono Poliambulatori Centri Diurni e Assistenza Domiciliare. Gheron crede nella professione infermieristica: quasi tutti i suoi Direttori e Coordinatori sono Infermieri. Crede anche nello sviluppo dell'informatizzazione a vantaggio della presa di decisioni, del governo e della sicurezza dei dati, del supporto informatico ai processi di lavoro. Gheron è una Azienda che crede anche nei valori sociali: è, ad esempio, certificata per la tutela della diversità, dell'inclusione e della parità di genere.

La tecnologia applicata alla terapia del diabete mellito di tipo I: una preziosa risorsa per il paziente e l'équipe di cura

Durante Agnese, infermiera, U.O. Pediatria Degenza

Ornella Monticone, infermiera, U.O. Pronto Soccorso Pediatrico.

Carmelo Pistone, medico pediatra, Dirigente Ambulatorio Auxologia Endocrinologia Diabetologia

Giulia Siri, medico in formazione specialistica, Endocrinologia Pediatria

IRCCS Policlinico San Matteo (Pavia)



Introduzione

Il diabete mellito di tipo I (DMT I) è una patologia cronica causata da un difetto permanente della produzione pancreatica di insulina con conseguente iperglicemia.

La malattia ha un potenziale impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, a seguito di un impegno quotidiano schematizzabile nella triade: terapia insulinica – monitoraggio glicemico – stile di vita sano (alimentazione corretta e attività fisica regolare). Il personale medico e infermieristico svolge un ruolo chiave nella corretta gestione del DMT I, fornendo un'educazione terapeutica continua ai pazienti e ai loro familiari a partire dall'esordio della patologia e durante tutto il *follow-up*, con l'obiettivo primario di ottenere un controllo glicometabolico ottimale e una minimizzazione delle complicanze a lungo termine.

I recenti avanzamenti della tecnologia applicata alla terapia del DMT I hanno permesso di migliorare significativamente gli *outcome* terapeutici garantendo, al contempo, il rispetto delle esigenze della vita quotidiana dei pazienti (alimentari, sportive, professionali, ecc.).

Il Diabete Mellito di Tipo I: dalla diagnosi alla terapia

Con un numero globale di soggetti affetti pari a circa 8,75 milioni, di cui 1,52 milioni di età inferiore ai 20 anni (*International Diabetes Federation, 2022*), e un'incidenza in costante crescita (di circa il 3-4% all'anno), si può senza dubbio affermare che il DMT I abbia oggi assunto le dimensioni di un'epidemia.

La patogenesi è da ricondurre a una distruzione, di natura autoimmune, delle cellule pancreatiche β produttrici di in-

ulina, con conseguente deficit irreversibile. L'insulina è un ormone fondamentale per la sopravvivenza: permette l'ingresso del glucosio all'interno delle cellule, regola l'omeostasi glucidica, lipidica e proteica e controlla il senso di fame. La sua carenza comporta iperglicemia, che, cronicamente, evolve in scompenso metabolico grave e può esitare nel decesso.

L'esordio del DMT I avviene tipicamente in età pediatrica (perlopiù in età prescolare e in adolescenza), manifestandosi con una sintomatologia direttamente dipendente dall'iperglicemia: poliuria (che di frequente evolve in nicoturia ed enuresi), polidipsia e calo ponderale. Spesso si associano astenia, polifagia, difficoltà di concentrazione e riduzione delle prestazioni scolastiche. Talvolta, quando l'iperglicemia persiste nel tempo e soprattutto in corrispondenza di eventi stressanti (di solito malattie intercorrenti), l'esordio si presenta con un quadro clinico critico che prende il nome di chetoacidosi diabetica, caratterizzato da grave disidratazione, acidosi e obnubilamento del sensorio fino al coma.

Sfortunatamente, ancora oggi non disponiamo di una cura



risolutiva per il DMT I. Il trattamento, necessario per la sopravvivenza e la prevenzione delle complicanze croniche (micro- e macro-vascolari), si fonda su due principali pilastri: l'auto-monitoraggio glicemico e la terapia insulinica.

L'auto-monitoraggio glicemico è realizzabile attraverso la metodica capillare (*Self-Monitoring of Blood Glucose* o SMBG, che utilizza i classici riflettometri) oppure tramite i sensori che misurano in continuo i livelli di glucosio nel liquido interstiziale (*Continuous Glucose Monitoring* o CGM). L'introduzione dei sistemi CGM ha rivoluzionato la quotidianità dei pazienti con DMT I, permettendo:

- una misurazione indolore e affidabile dei valori glicemici,
- un monitoraggio continuo e in tempo reale dell'andamento della glicemia,
- una valutazione retrospettiva completa del controllo glicemico,
- una stima prospettica dell'andamento prossimo della glicemia (rappresentata dalle frecce di tendenza),
- un pronto riconoscimento di variazioni glicemiche importanti (ipoglicemie e iperglicemie), grazie agli allarmi integrati.

I sensori possono essere posizionati a livello del braccio, dell'addome, del sovra-gluteo e della coscia, e rimangono in sede per un periodo che va da 7 a 14 giorni (in base al modello). Il monitoraggio è possibile utilizzando il lettore di fabbrica o il proprio *smartphone*, permettendo, in questo caso, la condivisione dei dati *online* con l'équipe di cura e i *caregiver*.

La terapia insulinica prevede l'iniezione sottocutanea di analoghi sintetici attraverso le penne (terapia multi-iniettiva o MDI, *Multiple Dose Injection*) o i microinfusori (*Continuous Subcutaneous Insulin Infusion* o CSII), con lo scopo



di soddisfare il fabbisogno basale e in occasione dei pasti. La terapia CSII permette di riprodurre in maniera più fedele la fisiologica produzione pancreatica di insulina e, per le caratteristiche di precisione e versatilità, rappresenta la prima scelta raccomandata in età pediatrica dalle principali Società Scientifiche (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*). Il microinfusore (pompa di insulina) è un sistema costituito da tre parti: corpo (che comprende serbatoio, batteria, schermo e controlli), catetere e set infusione (che comprende cerotto e agocannula che si inserisce nel sottocute). Il set infusione può essere posizionato a livello di braccio, addome, sovra-gluteo e coscia e deve essere sostituito ogni 3-7 giorni (in base al modello).

Le innovazioni tecnologiche nella terapia del Diabete Mellito di Tipo I

Accanto alla scoperta dell'insulina e del suo utilizzo farmacologico, senza dubbio il più importante successo nella storia della terapia del Diabete Mellito di Tipo I è rappresentato dall'introduzione, nel corso dell'ultimo decennio, dei sistemi di erogazione automatizzata di insulina (*Automated Insulin Delivery* o AID), più comunemente definiti Pancreas Artificiali (PA). I PA sono dei sistemi integrati in cui il microinfusore è in comunicazione continua con il sensore del glucosio e modula, in maniera indipendente dal paziente, la velocità di erogazione basale dell'insulina: questo permette, da un lato, la prevenzione e la tempestiva correzione delle ipoglicemie e delle iperglicemie e, dall'altro, un controllo finissimo della glicemia (*tight glycemic control*). Sono disponi-



bili in commercio diversi sistemi di PA, di cui solo alcuni approvati per l'età pediatrica: la scelta del singolo strumento è guidata dalle caratteristiche particolari dello strumento e del paziente e dalle preferenze sue e dei suoi familiari. I PA rappresentano a tutti gli effetti il *gold standard* terapeutico per l'età pediatrica, soprattutto per i bambini più piccoli, permettendo una migliore gestione delle abitudini erratiche (gioco, alimentazione), una più precisa riproduzione del fabbisogno insulinico e una sicura prevenzione delle iperglicemie e delle ipoglicemie (soprattutto notturne).

L'avvio della tecnologia (CGM, CSII e, in particolar modo, PA) e il suo utilizzo nella quotidianità richiedono un percorso educativo graduale, che è condotto dall'intera *équipe* diabetologica. Tale percorso inizia con la scelta del *device* più opportuno e prosegue con la descrizione delle sue caratteristiche e l'istruzione al suo utilizzo. Il ruolo dell'Infermiere nell'educazione alla tecnologia è di primaria importanza, poiché fornisce indicazioni e supporto nei processi di applicazione dello strumento, sostituzione, manutenzione e prevenzione e gestione dei malfunzionamenti.

Fondamentale per la completa formazione del paziente è anche l'educazione alla conta dei carboidrati, che rende prezioso l'intervento della figura del Dietista.

L'esperienza sul "Campo"

Campo Scuola ma anche campo di prova e campo di battaglia: i soggiorni educativi per bambini e adolescenti diabetici rappresentano un'occasione per confrontarsi, apprendere e affrontare sfide attraverso lo sport e il divertimento. Nel

corso dei Campi Scuola le attività fisiche e le scelte alimentari sono nettamente differenti rispetto a quelle abituali e spesso possono rendere complicata il mantenimento del controllo glicemico.

La nostra esperienza ai Campi Scuola dimostra che il supporto dato dalla tecnologia garantisce una sicura partecipazione a tutte le attività, grazie alla prevenzione delle ipoglicemie, al supporto nella gestione dei pasti e al monitoraggio continuo in remoto della glicemia.

Conclusioni

Nonostante i progressi scientifici, una cura definitiva per il Diabete Mellito di Tipo I non è ancora stata ottenuta. Nel corso dell'ultimo decennio, tuttavia, la tecnologia si è evoluta molto velocemente e ha permesso di produrre degli strumenti, definiti Pancreas Artificiali, che garantiscono un controllo glicemico ottimale migliorando, al contempo, la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari.

L'educazione all'utilizzo della tecnologia è un percorso graduale in cui tutta l'*équipe* diabetologica è coinvolta attivamente: compito dell'Infermiere è di istruire all'applicazione dello strumento, alla sostituzione, alla manutenzione e alla gestione dei malfunzionamenti.

Riteniamo che sia fondamentale per l'Infermiere ricevere aggiornamenti continui sui nuovi sistemi di terapia del Diabete Mellito di Tipo I, al fine di gestire adeguatamente i pazienti affetti (in Pronto Soccorso, nei Reparti di Degenza e anche in contesti extra-ospedalieri come la Scuola) e di trasmettere loro la propria conoscenza a fini educativi.

Assessment Manager, una nuova piattaforma digitale per la Cardiologia Riabilitativa: aspetti pratici, valutativi e prescrittivi

Federica Camera *Fisioterapista*

Dipartimento di Cardiologia Riabilitativa - ICS Maugeri Pavia

Le tecnologie IoT, hanno permesso di digitalizzare e connetterci agli oggetti della nostra vita quotidiana, migliorando il nostro modo di vivere. Esse rappresentano un potenziale applicativo sconfinato. Infatti l'interconnessione tra oggetti intelligenti, che ha investito anche l'ambito sanitario, in quanto capace di elaborare dati e scambiare informazioni con altri oggetti e persone su moltissimi aspetti della nostra salute. In particolare, si chiama *Internet of Medical Things* (IoMT)³ l'applicazione specifica dell'IoT in medicina.

L'IoMT è una combinazione di *Internet of Things* (IoT), *Big Data*, *Cloud Computing*, *Ubiquitous Network* e *3D holographic technology*, utilizzata per costruire un sistema intelligente di diagnosi e trattamento medico. Questo dovrebbe automatizzare diverse attività e migliorare un aspetto importante nello sviluppo di un sistema sanitario moderno e intelligente.

Nell'ambito riabilitativo assume sempre maggiore importanza la valutazione clinica e funzionale quale indicatore di risultato e in questo percorso di digitalizzazione si inserisce uno strumento di rilevazione e condivisione di scale di valutazione utili a tutto il personale che gravita attorno al paziente ospedaliero denominato **Assessment Manager (AM)**, progetto ideato e realizzato da FT Marco Caligari.

La somministrazione ricorrente delle scale valutative fornisce importanti informazioni sullo svolgimento e la progressione del processo riabilitativo.

L'*assessment* riabilitativo si avvale di molteplici scale di valutazione, atte a fotografare specifici ambiti, abilità o funzioni, ma non sempre queste sono semplici da somministrare, da calcolare o veloci da inserire nei database clinici.

Assessment Manager è, di fatto, un dispositivo *in-clinic*, che fa parte dell'architettura di un sistema sanitario intelligente e di altre tecnologie di supporto fondamentali, ovvero uno dei sistemi utilizzati all'interno di un'organizzazione sanitaria per funzioni di controllo, funzioni amministrative e funzioni operative. L'utilizzo di questi strumenti per la raccolta dei dati e l'automazione dei flussi di lavoro consente di ridurre gli sprechi, ridurre i costi di sistema e minimizzare gli errori, specialmente quelli imputabili al

fattore umano. Se poi, e questo dovrebbe essere il fine ultimo di ogni progetto IoMT, tutti i dati venissero non solo trasferiti in *cloud*, ma gestiti secondo logiche di *Big Data*, medici e operatori sanitari finirebbero per disporre di informazioni preziose per prendere decisioni e fornire ai loro pazienti trattamenti basati sulle evidenze più mirate e inoltre utili a fare ricerca.

In ambito ospedaliero/riabilitativo la valutazione del paziente rappresenta un momento cruciale. In questo contesto AM è uno strumento che permette di raccogliere facilmente una serie di dati valutativi attraverso questionari, test e scale cliniche validate e di redigere istantaneamente una valutazione completa fisioterapica. L'altro aspetto fondamentale è che il sistema spedisce in tempo reale tutti i dati e rilevazioni all'*Health Information System* denominato Galileo per un consulto immediato accessibile a tutti gli operatori del reparto. Questo facilita la comunicazione in ambiente ospedaliero contribuendo a ridurre l'errore e i tempi di refertazione.

Tra gli aspetti innovativi che concorrono a rendere AM uno strumento di grande utilità si possono elencare le seguenti peculiarità:

- standardizzazione delle procedure valutative;
- facilitare e velocizzare la somministrazione delle scale valutative;
- automatizzare la stesura della bozza della relazione fisioterapica;
- vigilare sull'esecuzione delle scale o delle valutazioni incomplete;
- automatizzare l'inserimento dei dati valutativi nel *database* clinico;
- generare i documenti PDF (per Galileo) di ogni scala somministrata;
- la possibilità di monitorare da qualsiasi computer qualunque elemento valutativo;
- fornire avvisi di raggiungimento di valori o soglie critiche in qualunque scala o *item*;
- fornire avvisi in caso di variazioni significative, o non variazioni di determinati valori;
- redigere automaticamente grafici per una visione più immediata dei *trend* riabilitativi;
- ridurre l'uso di carta e toner;

Inoltre, verificare la congruenza dei dati raccolti con AM, riducendo significativamente la possibilità di errori di digitazione o assegnazione dei punteggi è uno degli aspetti più interessanti e tangibili di questo progetto.

Nella pratica clinica del reparto, dal momento dell'arrivo in palestra, il paziente viene interrogato e valutato tramite l'utilizzo di un *tablet* specificamente programmato per poter utilizzare l'applicativo AM e tutte le scale di valutazione che quest'ultimo contiene. Il *tablet*, ideato da un fisioterapista, prevede la possibilità di avere una mano sempre libera, per ovvi motivi di sicurezza (v. Fig. 1). Uno degli utilizzi più pratici del *tablet* è il momento dell'esecuzione del *Six Minute Walk Test*, quando l'operatore deve assistere il paziente lungo il percorso e può tenere comodamente il dispositivo in mano senza distogliere la propria attenzione. Valutazione 6MWT (*Six Minute Walk Test*): la parte più utile e complessa di AM, aiuta il fisioterapista a seguire le linee guida per la somministrazione. Partendo dalla scelta della lunghezza del percorso, passando per le formule predittive e la segnalazione di eventuali ausili utilizzati, arrivando alla rilevazione dei parametri durante l'esecuzione del test. AM supporta il fisioterapista nel tenere il conteggio dei metri percorsi dal paziente, avendo la possibilità di inserire pause ed eventuali sintomi rilevati. Dopo una prima analisi in corso d'opera è stata aggiunta anche la possibilità di indicare l'insorgenza della *claudicatio*, la sua intensità e la durata, specifica utile a riconoscere e segnalare i casi di AOCF già noti o di nuova insorgenza. Infine redige un riepilogo del test con anche un grafico dei parametri frequenza cardiaca e saturazione di O₂.

Come già accennato in precedenza l'altro grande vantaggio di AM è la perfetta integrazione con l'*Health Information System* denominato Galileo, nel quale è contenuta la cartella informatizzata del paziente con tutte le informazioni mediche, diagnostiche, infermieristiche e fisioterapiche, nonché il diario di reparto modificabile in ogni momento per una più efficace comunicazione tra le figure sanitarie.

Nello specifico le valutazioni con Assessment Manager prevedono:

La raccolta delle informazioni generali: in cui si descrivono il luogo in cui viene effettuata la valutazione, le caratteristiche sensorie del paziente (orientamento spazio-tempo, collaborazione ecc.), come vengono eseguiti i rotolamenti a letto e i passaggi posturali, come viene valutata la stabilità del tronco e si segnala la presenza di terapia con ossigeno.

La valutazione della deambulazione in cui viene descritta macroscopicamente la deambulazione del paziente nelle sue modalità (in autonomia, con supervisione, con assistenza ecc.), nella necessità di ausili, nella distanza che il

paziente è in grado di percorrere e nella sicurezza che egli dimostra.

La valutazione della salita/discesa scale: in cui si descrive se e come il paziente è in grado di salire e scendere le scale; se autonomamente o con assistenza, se necessita di ausili, con quale velocità e con quale sicurezza viene compiuto il movimento.

La valutazione della forza della mano con dinamometro (*Handgrip*), in questo caso, dovendo eseguire due prove per lato, per misurare la presa della mano in kg, il sistema ci permette di fare automaticamente la media matematica.

La valutazione scala SPPB (*Short Physical Performance Battery*), per questa valutazione AM ci permette, tramite dei *pad* numerici e dei timer integrati di sottoporre il paziente a tre diversi test (*chair stand*, *gait speed* e *balance test*) e crea un riepilogo finale assegnando automaticamente il punteggio della scala sommando gli *items*, evidenziando il grado di fragilità funzionale ed il rischio caduta.

La somministrazione scala EuroQoL: ci permette, in maniera molto realistica, di somministrare la VAS al paziente, dandogli la possibilità di cliccare direttamente sul valore che sente corrispondere allo stato di salute del momento.

La raccomandazione per una mobilitazione in sicurezza (solo in valutazione iniziale), dove ci viene ricordato di esplicitare al paziente quali siano le modalità di movimento all'interno della camera, in reparto e soprattutto di spiegare le precauzioni alla mobilitazione sternale e all'utilizzo di eventuali ausili alla mobilitazione nei pazienti cardioperati.

La raccolta dati sull'attività fisica svolta durante il ricovero (solo in valutazione finale), ambito in cui vengono riassunte tutte le informazioni riguardanti le attività riabilitative che il paziente ha svolto in reparto durante il ricovero, si specificano la tipologia, le tempistiche, le ripetizioni e le modalità in cui le attività sono state eseguite e come dovrebbero proseguire dopo la dimissione.

Tra le considerazioni di tipo pratico, analizzando le tempistiche di esecuzione della valutazione "standard" in CRP si nota un risparmio di tempo valutabile intorno al 30%. Il grande valore aggiunto è, sicuramente, la standardizzazione delle procedure valutative come strumenti che rendono lo svolgimento delle attività il più possibile oggettivo, sistematico e verificabile, soprattutto nei casi ad alta complessità riabilitativa. In ultima analisi una maggiore "qualità" dei risultati, evidentemente importanti per la ricerca scientifica

Occorreranno sia flessibilità che standardizzazione.

I nuovi *software* di gestione dei processi spesso nel governare procedure e istruzioni operative, le snelliscono, ma qualche volta le rallentano, bisogna alfabetizzare dal punto di vista informatico diversi operatori, tenuto conto dell'età media avanzata e delle abilità di affrontare il nuovo, soprattutto in versione tecnologica.

La realizzazione di un sistema valutativo computerizzato che consenta la somministrazione delle scale di valutazione in maniera semplice, veloce e affidabile e includa la capacità di analizzare i dati raccolti in tempo reale, ha aperto grandi possibilità nel mondo riabilitativo. Ora siamo in grado di adeguare il trattamento riabilitativo in base ai risultati raggiunti o intercettare precocemente eventuali anomalie o criticità del processo in atto, ridurre gli errori

umani legati alla trascrizione e poter utilizzare l'enorme quantità di dati che vengono raccolti già in forma digitale con l'ottica dei *Big Data*, spalancando le porte a nuove frontiere della ricerca scientifica in ambito medico-riabilitativo. L'utente finale in questo progetto è sia l'operatore che il paziente, nel percorso non dobbiamo dimenticare questa dicotomia. Non si può privilegiare né l'uno né l'altro. Altrimenti si può perdere di vista la peculiarità delle cure o la tutela dal *burn out* degli operatori, che non dovranno sentirsi un ingranaggio come alla catena di montaggio, ma professionisti con le proprie responsabilità.

Federica Camera



Marco Caligari

Foto 1. Il paziente con un semplice gesto "touch" compila la scala euroqol

Foto 2. Il Tablet progettato da un fisioterapista, in caso di necessità, dà la possibilità di "far presa" sul paziente senza sfilarlo dalla mano.



Foto 3. I test valutativi vengono effettuati con il tablet ed un programma dedicato che scarica i referti in tempo reale con un sistema wireless.

Real Simulation nella gestione dell'emergenza intraospedaliera

Bersani Viviana, Mariapia Delle Donne, Paolo Giobbi Mancini, Antonio Valitutto, Chiara Cortellazzi

Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS



A seguito dell'analisi del fabbisogno formativo del centro formazione Sacra Famiglia a partire dall'anno 2023 è emersa la necessità di voler approfondire la gestione delle emergenze all'interno delle Unità operative.

Si è pronti a gestire un'urgenza? L'arresto cardiocircolatorio (ACC) è un evento eccezionale ed inaspettato, in cui bisogna intervenire tempestivamente. Le vittime coinvolte possono essere non soltanto i pazienti ricoverati o ambulatoriali, ma chiunque si trovi, per lavoro o anche solo di passaggio sia nelle aree di diagnosi e cura (reparti di degenza/ servizi), sia al di fuori di esse, come bar, parcheggio o aree comuni.

L'obiettivo del corso è quello di fornire un approccio standardizzato alla rianimazione cardiopolmonare fornendo ai componenti le seguenti competenze:

1. Gestione delle situazioni di arresto cardiaco in qualità sia di leader sia di componente del team, attraverso l'applicazione dell'algoritmo BLS (Basic Life Support Defibrillation);
2. Gestione del paziente rianimato fino all'arrivo del soccorso avanzato;
3. Miglioramento della comunicazione tra i componenti del team

La metodologia utilizzata si basa sulla gestione di un caso clinico utilizzando il "Paziente Simulato" (manichino a medio alta fedeltà) con registrazione dello scenario con Go-Pro per la fase di Debriefing, la sua peculiarità è che si tratta di una simulazione che non si svolge in aule di simulazioni attrezzate e preparate, ma nelle unità operative durante il normale svolgimento delle attività quotidiane di assistenza insieme al personale ai degenti e ai parenti presenti in quel

momento.

La simulazione con il "paziente simulato", venne introdotta per la prima volta nel 1964 dal dott. Barrows con l'intento di colmare il divario tra la preparazione teorica e la pratica clinica, nella formazione degli studenti medici, da allora l'uso dei "Pazienti Simulati" si è diffuso in tutto il mondo (Stati Uniti, Asia, Australia e in gran parte dell'Europa) e si è esteso alla formazione infermieristica.

Attualmente risulta essere uno strumento utile per aumentare l'efficacia formativa in quanto si possono riprodurre scenari multipli in base agli obiettivi formativi:

- Possibilità di riprodurre situazioni cliniche in contesti e momenti diversi
- Possibilità di apprendere una determinata situazione in ambiente protetto
- Possibilità di riprodurre la stessa situazione più volte
- Rivedere e riflettere sulle proprie modalità di approccio
- Ottenere sempre un feedback a fronte di determinate situazioni, non sempre sperimentabili in ambito clinico
- Miglioramento delle competenze relazionali

A partire dall'anno 2023 sono stati programmati n° 4 incontri, coinvolgendo il personale della Residenza Sanitaria Disabili (RSD) San Luigi dell'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone (Mi). Per ogni giornata del corso è stata chiesta la partecipazione di un massimo di 12 partecipanti di cui: almeno un Infermiere, un Coordinatore infermieristico (o chi ne fa le veci), un Medico dell'Unità Operativa e altre figure sanitarie presenti (educatore, logopedista, fisioterapista, Operatore Socio Sanitario), riuscendo a coinvolgere la totalità del personale presente. Sono già numerose le richieste da parte delle altre Unità per l'anno 2024, in quanto il personale presente che opera all'interno di Fondazione Sacra Famiglia che quotidianamente accoglie, cura e assiste bambini, adulti e anziani fragili, con disabilità psichiche e/o fisiche, disturbi del comportamento e autismo, ha evidenziato la necessità di essere formato ad intervenire in caso di emergenza visto, che il rischio di soffocamento correlato a inalazione di cibo a causa della disfagia o di disturbi alimentari risulta essere un rischio sovente presente.

Il Corso è formato da tre momenti: lezione teorica frontale, esercitazione pratica, debriefing con compilazione di un questionario a risposta multipla iniziale e finale.



Viene utilizzato un simulatore a medio-alta fedeltà in grado di riprodurre parametri vitali, segni clinici, sintomi, con interfaccia al software per il controllo e la gestione del simulatore.

1. *Lezione teorica frontale*: ha una durata di due ore, in cui viene spiegato ai discenti l'algoritmo BLS (Basic Life Support - Defibrillation) e vengono dati accenni sull' ALS (Advanced Life Support), seguendo le Linee Guida (IRC) Italian Resuscitation Council 2020.
2. *Esercitazione pratica*: in cui si propone 1 scenario che ogni volta si svolge in ambienti differenti: angolo ristoro, palestra, laboratorio, servizi, etc. Lo scenario presentato riguarda le seguenti situazioni cliniche: ostruzione parziale delle vie aeree da corpo estraneo, che se non trattato adeguatamente evolve ostruzione totale e successivamente Arresto Cardio Respiratorio, così da attuare immediatamente l'algoritmo del BLS.
3. *Debriefing*: si effettua dopo l'esercitazione dello scenario, coinvolgendo i formatori e tutti i partecipanti. Viene proiettata l'intera esercitazione grazie alla ripresa di una telecamera GoPro durante lo svolgimento della stessa. In questo momento ogni partecipante può esprimere le sue sensazioni, dubbi, incertezze, o può far richiesta di approfondimenti. Il debriefing ha un ruolo essenziale nei contesti di simulazione per aiutare a trasformare l'esperienza in apprendimento attraverso la riflessione.

Il debriefing è una riflessione facilitata nel ciclo dell'apprendimento esperienziale volto ad aiutare a identificare e colmare le lacune nelle conoscenze, nelle abilità tecniche e non tecniche. Al termine delle prime quattro giornate di simulazione, durante il debriefing i discenti hanno riferito di aver utilizzato gli algoritmi appresi (BLS, ALS) per gestire le situazioni cliniche presentate nei diversi scenari. Hanno riconosciuto di aver acquisito così degli "automatismi" propri dell'esperienza in virtù dell'esposizione ripetuta a situazioni cliniche simulate, con possibilità di approfondimento della conoscenza dei possibili risvolti clinici e di rischio/

beneficio. Inoltre è emerso un miglioramento nella capacità di replica di un comportamento clinico "corretto", estrapolato dallo svolgimento del caso clinico simulato e dalla discussione guidata dello stesso. Inoltre il team ha riconosciuto un miglioramento delle dinamiche di lavoro in gruppo, attraverso un'appropriatezza definizione dei ruoli e la distribuzione dei carichi di lavoro, ottimizzando in questo modo la capacità di comunicazione nelle situazioni di emergenza e/o ad alta complessità. Sono anche emerse delle criticità tra cui: la mancanza di leadership/leadership inadeguata, difetto di comunicazione, mancanza di chiarezza nella distribuzione di ruoli e responsabilità. Rendendosi propositivi a implementare dei cambiamenti all'interno della loro realtà. Inoltre è emerso che tutto il personale medico, infermiere, Operatore socio sanitario, educatore, logopedista, fisioterapista,...ha compreso che tutti possono e sono indispensabili nella gestione dell'emergenza, ognuno con il proprio ruolo (dal garantire la sicurezza, l'effettuazione della chiamata ai mezzi di soccorso, al supporto al massaggio cardiaco e all'utilizzo del defibrillatore semi automatico esterno (DAE) attività spesso prima lasciate solo esclusivamente al personale medico e infermieristico. Gli stessi hanno esplicitamente espresso che durante l'esercitazione hanno compreso l'importanza della procedura e la sua tempestività al fine di ridurre i danni anossici cerebrali a cui potrebbe andare incontro una persona colpita da ACC.

In conclusione, nella simulazione si cerca di riprodurre situazioni e ambienti di cura allo scopo di insegnare procedure diagnostiche e terapeutiche e poter ripetere processi e concetti. Tutto questo ha l'obiettivo principale di facilitare la capacità di assumere decisioni critiche da parte dei diversi professionisti coinvolti, migliorare la qualità dell'assistenza erogata e le dinamiche comunicative nel team, attraverso un'appropriatezza definizione dei ruoli e della distribuzione dei carichi di lavoro.

Chi si esercita dovrebbe avere l'opportunità di fare pratica finché acquisisca un livello di "competenza conscia" che lo rende confidente di poter eseguire la procedura in modo autonomo. Il futuro della simulazione è in continuo sviluppo, ma nonostante le possibilità tecnologiche è necessario tenere sempre presente gli obiettivi educativi e di apprendimento che consentono di immergere il discente in situazioni molto vicine alla realtà. La simulazione non può, ma soprattutto non deve, sostituire la formazione professionalizzante in ambiente clinico, ma l'uso della simulazione e della tecnologia ad essa allegata fanno parte dello sviluppo professionale.

DigiHeart: un'esperienza nel campo dell'elettrofisiologia cardiaca

Myriam Bargiggia, Infermiera, Ambulatorio di cardiologia
IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Mi chiamo Myriam e sono infermiera da 29 anni. Ho iniziato la mia attività lavorativa nel reparto di Pneumologia dove sono rimasta per 7 anni, successivamente ho lavorato in UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica) per 20 anni e, da circa 2 anni, sono infermiera presso gli Ambulatori di Cardiologia; nello specifico mi occupo della gestione infermieristica dell'ambulatorio Pace-maker.

L'attività di questo ambulatorio si focalizza sul controllo dei device, quali Pace-maker, Defibrillatori e Loop Recorder. La visita di controllo di questi dispositivi è principalmente tecnica e viene eseguita dal medico con i programmatori delle diverse ditte produttrici, in base alla marca e al tipo di device. Quando si interroga un dispositivo si controlla la programmazione, si vanno ad analizzare una serie di parametri elettrici (impedenza, soglia, sensing), la modalità di stimolazione, si eseguono test sugli elettrocateri, si valuta la durata della batteria, si vedono eventuali episodi aritmici registrati in memoria, si verifica la diagnostica clinica attraverso algoritmi che indicano lo scompenso cardiaco. Durante il controllo si esegue un elettrocardiogramma basale per valutare il ritmo cardiaco (spontaneo o elettro-indotto) e le sue eventuali variazioni.

I dispositivi cardiaci impiantabili hanno fatto innumerevoli cambiamenti nel corso degli ultimi anni, in questo campo la tecnologia moderna ha avuto un grosso impatto positivo ottenendo device performanti per ogni tipo di paziente e adattandosi alle proprie esigenze cliniche e fisiche. La maggior parte dei dispositivi cardiaci ha la possibilità di poter trasmettere da remoto i dati elettrici, eventuali episodi aritmici (fibrillazione atriale, tachicardie ventricolari non sostenute, run di tachicardia ventricolari o fibrillazione ventricolare seguito o meno da terapia quale anti tachipacing o shock) attraverso la trasmissione da parte di un trasmettitore da tenere al domicilio. Quotidianamente dopo il controllo del dispositivo, se il medico lo ritiene opportuno, previo consenso informato per il trattamento dei dati personali, viene consegnato il sistema di monitoraggio remoto, spiegando al paziente cosa deve fare per connettersi alla rete e come può autonomamente inviargli una trasmissione dei suoi dati, anche in caso di presenza di aritmie. Le trasmissioni possono essere programmate con una data fissa, ad esempio, una ogni 2-3 mesi, oppure il paziente può inviare una trasmissione manuale in qualsiasi

momento della giornata. Sempre grazie ai progressi tecnologici, alcuni dispositivi hanno la possibilità di scaricare un'applicazione sul cellulare che fa da monitoraggio remoto permettendo l'invio dei dati. L'arruolamento avviene attraverso la registrazione sui siti ufficiali delle ditte produttrici, su cui vengono inseriti dati principali del paziente, il modello e numero di serie del dispositivo e il numero di telefono dove eventualmente può essere contattato il paziente per eventuali comunicazioni in merito alla lettura dei dati inviati. Queste trasmissioni remote vengono visualizzate quotidianamente in regime ambulatoriale dalla nostra équipe multidisciplinare formata da tecnici, infermieri e medici specializzandi. Gli specializzandi visionano tutte le trasmissioni e pongono all'attenzione del medico strutturato eventuali problemi di ritmo, variazione dati degli elettrocateri che ne determinano l'integrità o il posizionamento (eventuale catetere rotto o in posizione errata), durata della batteria o ancora eventuali inizi di scompenso cardiaco del paziente. Ad esempio, per alcuni pazienti affetti da scompenso cardiaco (con frazione di eiezione ridotta e QRS largo) vengono scelti dispositivi biventricolari che hanno la funzione di risincronizzare l'attività cardiaca (CRT-P se pacemaker e CRT-D se defibrillatori). In questi tipi di device sono presenti degli algoritmi dedicati a cogliere quei cambiamenti che predicono lo scompenso cardiaco prendendo in considerazione una serie di fattori quali: l'attività del paziente, la frequenza cardiaca media, il burden atriale, l'impedenza toracica, la percentuale di stimolazione cardiaca. Quando l'insieme di questi fattori supera una soglia, il paziente viene contattato per verificare il suo stato di salute, se ha segni o sintomi di un iniziale scompenso cardiaco, come un peggioramento della dispnea o la comparsa di edemi declivi; in questo caso, viene indirizzato al medico curante per una visita di controllo o al medico cardiologo per eventuale variazione della terapia medica, evitando così peggioramenti delle condizioni fisiche ed eventuale ospedalizzazione, andando a prevenire l'insorgenza di una instabilizzazione del compenso cardiocircolatorio. Il sistema di monitoraggio remoto ha bisogno dell'aiuto di diverse figure coinvolte; dal paziente stesso o con l'aiuto di un familiare che verifica il corretto collegamento del trasmettitore alla corrente, dall'altra parte io controllo l'avvenuta ricezione

dei dati o eventuali problemi di mancata ricezione dei dati stessi, quindi contatto il paziente per verificare la corretta connessione ed eventualmente, in caso di problemi tecnici viene chiamato un numero di assistenza tecnica che interviene sul ripristino del trasmettitore.

Nel nostro sistema abbiamo circa 1000 pazienti con il monitoraggio attualmente attivo. Gli aspetti positivi di questo sistema sono il controllo a distanza dei dati elettrici che ci permette di seguire i pazienti in remoto, contattarli ed eventualmente rivederli in ambulatorio in modo anticipato oppure in caso di necessità come un iniziale accumulo di fluidi (indice di scompenso cardiaco) consente di indirizzarli ad una visita medico specialistica per evitare il peggioramento delle condizioni generali. Resta comunque il fatto che se il paziente ha un evento aritmico acuto deve rivolgersi al pronto soccorso o contattare il 112.

Questo lavoro di educazione al corretto utilizzo dei dispositivi di monitoraggio remoto e alla lettura delle tra-

smissioni dal punto di vista infermieristico è prevalentemente tecnico ma c'è anche un aspetto umano perché la tecnologia, che ormai è entrata a far parte della nostra quotidianità, può essere difficilmente compresa soprattutto per le persone che non hanno molta dimestichezza con apparecchiature tecnologiche, fondamentale quindi è l'aiuto e la collaborazione di una figura familiare che faccia da supporto per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

In conclusione, volevo ringraziare l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia per avermi dato la possibilità di raccontare questa mia esperienza sul campo che, con la corretta documentazione e corsi di formazione a distanza frequentati durante l'anno in corso, mi hanno fatto imparare moltissime nozioni sull'argomento di interrogazione e monitoraggio remoto dei device, migliorando così la mia conoscenza e le mie capacità professionali.

Le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico: una scoping review

Sexual harassment against nursing students during clinical internship: a scoping review

Luca Giuseppe Re, Barbara Bassola, Valentina Tommasi, Silvia Cilluffo, Massimiliano D'Elia, Marisa Brivio, Vincenza Aloia, Chiara Cartabia, Anna Rita La Torre, Stefania Celeste Rippa

Infermieri tutor, professori a contratto; ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Milano

RIASSUNTO

Introduzione

Durante la loro formazione, gli studenti infermieri che effettuano un periodo di tirocinio clinico sono a rischio di incorrere in molestie sessuali. Obiettivo dello studio è di mappare le caratteristiche delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico.

Metodi

Scoping review aderente al framework di Arksey e O'Mally. Popolazione: studenti infermieri; Concetto: molestia sessuale; Contesto: tirocinio clinico. Reperimento degli studi: tramite interrogazione e consultazione di database elettronici, registri di trial e risorse web. Screening dei record, reperimento e analisi degli studi inclusi con sintesi di dati e informazioni tramite tabelle, cartogramma e diagramma.

Risultati

31 studi (7363 partecipanti) afferenti a 13 Paesi distribuiti su quattro continenti hanno rispettato i criteri di eleggibilità. La prevalenza cumulativa delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico è del 48.9%. Il modello tipico di molestia sessuale è il seguente: molestatore: paziente di genere maschile; vittima: soggetto di giovane età e genere femminile alla prima esperienza di tirocinio; molestia sessuale perpetrata: di tipo verbale tramite commenti o allusioni; setting: reparti di Medicina o Psichiatria; reazione: rabbia; modalità di coping: non fare nulla.

Conclusioni

Nonostante la prevalenza significativa e la natura guidata dal contesto socioculturale delle molestie sessuali, le prove empiriche che affrontano il ruolo delle influenze culturali sul fenomeno sono carenti. Ricerche future potrebbero analizzare il problema delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico sotto due prospettive: confronto tra culture individualiste e collettiviste e tra Paesi a diverso grado di emancipazione femminile.

Parole chiave: molestia sessuale, studenti infermieri, tirocinio clinico

ABSTRACT

Introduction

During their training, nursing students in clinical internships are at risk of experiencing sexual harassment. The objective of this study is to map the characteristics of sexual harassment against nursing students during clinical internship.

Methods

Scoping review adhering to the framework of Arksey and O'Mally. Population: nursing students; Concept: sexual harassment; Context: clinical internship. Study retrieval: by querying and consulting electronic databases, trial records and web resources. Record screening, retrieval and analysis of included studies with synthesis of data and information using tables, chart and diagram.

Results

31 studies (7363 participants) pertaining to 13 countries spread over four continents met the eligibility criteria. The cumulative prevalence of sexual harassment of nursing students during clinical internship is 48.9%. The typical pattern of sexual harassment is as follows: harasser: male gender patient; victim: young age and female gender subject at the first internship experience; sexual harassment perpetrated: verbal type through comments or innuendo; setting: medical or psychiatric wards; reaction: anger; coping mode: do nothing.

Conclusions

Despite the significant prevalence and sociocultural context-driven nature of sexual harassment, empirical evidence addressing the role of cultural influences on the phenomenon is lacking. Future research could examine the problem of sexual harassment against nursing students during clinical internship from two perspectives: comparison between individualistic and collectivist cultures and between countries with different degrees of

women's empowerment.

Keywords: sexual harassment, nursing students, clinical internship

INTRODUZIONE

Definizione di molestia sessuale

Secondo la definizione dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (1), per molestia sessuale si intende "qualsiasi avance sessuale indesiderata, richiesta di favori sessuali, condotta verbale o fisica o gesto di natura sessuale, o qualsiasi altro comportamento di natura sessuale che si possa ragionevolmente prevedere o essere percepito come offensivo o umiliante per un altro."

Molestie sessuali e professione infermieristica

La professione infermieristica ha una lunga storia di molestie sessuali, che prosegue tuttora (2-4). Il problema non è limitato a uno o pochi Paesi o culture, ma è transfrontaliero e interculturale (5,6). Le molestie sessuali nei confronti del personale infermieristico sono conosciute almeno dai tempi di Florence Nightingale. Durante la guerra di Crimea (1853-1856) è noto che medici e chirurghi subissero maltrattamenti da parte di soldati, sottoufficiali o ufficiali ubriachi, i quali perpetravano anche comportamenti e atteggiamenti a sfondo sessuale nei confronti di infermiere e studentesse infermiere. Per arginare il fenomeno, Florence Nightingale sostenne linee guida rigorose per proteggere il personale di assistenza, tra cui ad esempio l'imposizione di vivere in dormitori con coprifuoco severi e di indossare uniformi decore. Tradizionalmente, l'assistenza infermieristica è vista come una professione adatta al genere femminile in quanto accoglie a sé stereotipi storicamente associati al gentil sesso quali la cura, il calore e l'empatia. In effetti si tratta di una professione dominata dalle donne: si stima che esse rappresentino a livello globale l'88-98% dell'intera forza lavoro infermieristica (7-9).

Purtroppo, il genere femminile è anche più esposto al rischio di molestie sessuali rispetto alla controparte maschile (10-13). A peggiorare le cose vi è il fatto che l'assistenza infermieristica, per sua natura, comporta un contatto fisico e un'interazione emotiva molto stretti con i pazienti i quali, potrebbero più o meno consapevolmente connotare di una valenza sessuale ad esempio le cure igieniche loro prestate o il sostegno alla mobilizzazione o al cambio di postura.

Le molestie sessuali sono da considerarsi una forma di discriminazione (14) che viola la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (15) all'articolo 1 ("Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. (...)") e all'articolo 3 ("Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.") e la Dichiarazione dei Diritti Sessuali (16) all'articolo 5 ("(...) Ogni individuo deve essere libero dalla violenza e dalla coercizione sessuale, inclusi: stupro, abuso sessuale, molestie sessuali, bullismo, sfruttamento e schiavitù

sessuale, traffico di persone per scopi di sfruttamento sessuale, test della verginità e violenza commessa a causa di reali o percepite pratiche sessuali, orientamento sessuale, identità ed espressione di genere e diversità fisica."). Le molestie sessuali sono associate a conseguenze negative per la salute fisica e mentale degli infermieri e a prestazioni lavorative compromesse (17,18).

Molestie sessuali e studenti infermieri

Nel corso della loro formazione, gli studenti infermieri devono effettuare un periodo più o meno lungo di tirocinio pratico in diversi setting clinici e, come gli infermieri, anch'essi possono essere esposti a molestie sessuali (19). Ma a differenza dei professionisti, vi sono fattori di rischio e favorenti aggiuntivi: (a) giovane età, prevalente genere femminile, scarsa esperienza a livello di contatti e dinamiche sociali nei setting clinici (20-22); (b) bassa consapevolezza dei propri diritti e di ciò che rappresenta una molestia sessuale (23-25); (c) basso posizionamento nella gerarchia sanitaria con conseguente rapporto di potere disuguale, dal momento che non sono dipendenti a tempo indeterminato nelle organizzazioni sanitarie presso cui sono collocati (26); (d) ruolo sociale non ben definito all'interno dell'équipe di cura, assenza di un legame stabile con un determinato setting clinico, difficoltà a intessere relazioni con pazienti sempre nuovi (27,28); (e) stress psicofisico dovuto ad un ambiente formativo che osteggia un ottimale apprendimento per un possibile atteggiamento ostile da parte del personale sanitario calato all'interno di una realtà clinico assistenziale sconosciuta (18,29).

Perché effettuare questo studio

Si ritiene importante affrontare l'argomento delle molestie sessuali nei confronti degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico in quanto senza un supporto adeguato tale esperienza ha un impatto negativo sulla loro salute mentale e fisica e incide sul concetto di sé, sulla qualità dell'apprendimento, sulla pratica clinica quotidiana, sulla visione positiva dell'assistenza infermieristica e sulle cure prestate al paziente, oltre che sull'identità professionale e su valori e aspettative (28,30,31). Ciò può condurli anche a decidere di abbandonare il percorso di studi per diventare infermieri e scegliere un'altra professione (32), con i costi finanziari che tale fallimento comporta (28).

In letteratura sono presenti due revisioni che affrontano il problema delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri. Una revisione sistematica (33) ha valutato la prevalenza di molestie sessuali subite da infermieri e studenti infermieri in Cina. Gli autori hanno limitato l'ambito di indagine al contesto cinese; inoltre, i dati su infermieri e studenti infermieri sono aggregati e non sono stati analizzati a fondo elementi importanti come ad esempio le caratteristiche del molestatore, della vittima o del contesto in cui è stata perpetrata la molestia sessuale. Gli autori di una revisione integrativa (34) si sono proposti di descrivere le esperienze di molestie sessuali subite dagli studenti infermieri durante il

tirocinio clinico, calcolare la prevalenza del fenomeno e discutere le caratteristiche del contesto sociale che le ha rese possibili. Tuttavia, essi hanno interrogato solo tre database biomedici per il reperimento dei documenti di interesse e incluso solo quelli in lingua inglese. Si è cercato di superare questi limiti estendendo la ricerca a molteplici database biomedici, registri di trial e risorse web senza porre vincoli sulla lingua di pubblicazione.

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è stato di mappare le caratteristiche con cui si manifestano le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico.

Le domande di ricerca a cui si è cercato di trovare risposta sono state le seguenti:

- qual'è la prevalenza delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico?
- chi è la persona che più spesso molesta sessualmente gli studenti infermieri durante il tirocinio clinico?
- chi è lo studente infermiere che più spesso subisce molestie sessuali durante il tirocinio clinico?
- quale tipologia di molestia sessuale viene più spesso perpetrata ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico?
- qual'è la modalità con cui più spesso si manifesta la tipologia di molestia sessuale prevalente ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico?
- qual è il setting clinico nel quale più spesso lo studente infermiere subisce molestie sessuali durante il tirocinio?
- qual è il turno in cui più spesso lo studente infermiere subisce molestie sessuali durante il tirocinio clinico?
- qual è la reazione prevalente dello studente infermiere dopo avere subito molestie sessuali durante il tirocinio clinico?
- qual è la modalità di coping prevalente attuata dallo studente infermiere dopo avere subito molestie sessuali durante il tirocinio clinico?

METODI

Per rispondere alle domande di ricerca è stata implementata una scoping review aderente al framework di Arksey e O'Mally (35), rivisto e valutato in seguito da altri autori (36-38). Il processo di conduzione della scoping review è avvenuto nel rispetto della checklist PRISMA per Scoping Review (PRISMA-ScR) (39). Il protocollo dello studio è stato registrato su Open Science Framework (ID: osf.io/y8754). L'obiettivo è stato sviluppato dall'autore principale (LGR) in collaborazione con due coautori (BB e VT).

Fonti di informazione e strategia di ricerca

L'identificazione degli studi rilevanti è stata ottenuta tramite l'interrogazione dei seguenti database elettronici: The Cochrane Library, The Campbell Collaboration, PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, LILACS, sciE-

LO, AMED, CNKI, J-GLOBAL, J-STAGE. Tutti gli elenchi di riferimento degli studi eleggibili sono stati analizzati manualmente per identificare eventuali altri studi che avrebbero potuto essere rilevanti per l'obiettivo. È stata implementata una ricerca anche sui registri di sperimentazioni cliniche controllate randomizzate (ClinicalTrials.gov, EU Clinical Trials, International Clinical Trials Registry Platform, ISRCTN registry) e sulle seguenti risorse web: Google Scholar, Turning Research Into Practice (TRIP) Medical Database, Bielefeld Academic Search Engine (BASE) e OpenGrey.

La scelta delle parole chiave e della strategia di ricerca da applicare è stata effettuata dall'autore principale (LGR) con il contributo dei coautori (MD e MB), rivista dai coautori (VA e CC) e con l'arbitrato, in caso di dubbi o controversie, di un coautore specializzato nel campo della ricerca bibliografica biomedica (SC). Le parole chiave hanno ottemperato al framework PCC (Population-Concept-Context) (40) e, nello specifico: P (Popolazione) = studenti infermieri; C (Concetto) = molestia sessuale; C (Contesto) = tirocinio clinico. A livello operativo sono state connesse tra loro con l'operatore booleano AND solo le parole chiave "studente infermiere" e "molestia sessuale" senza associare anche la parola chiave "tirocinio clinico" per aumentare il grado di sensibilità della ricerca, rimandando a una fase successiva la selezione dei record in base al contesto.

In tabella 1 è illustrata la strategia di ricerca implementata (es. PubMed).

Tabella 1 – Strategia di ricerca.

"sexual harassment"	AND	"nurse students"
OR		OR
"sexual harassments"		"nurse student"
OR		OR
"sexual harrassment"		"student nurse"
OR		OR
"sexual harrassments"		"nursing student"
OR		OR
"sex harassment"		"nursing students"
OR		OR
"sex harassments"		"pupil nurse"
OR		OR
"sex harrassment"		"pupil nurses"
OR		
"sex harrassments"		

Criteri di eleggibilità

Sono stati presi in considerazione studi (a) primari o secondari, a prescindere dal disegno di studio, pubblicati o non pubblicati, sottoposti o meno a revisione paritaria; (b) con dati utili a rispondere almeno alla prima domanda di ricerca (prevalenza delle molestie sessuali). Sono stati esclusi studi che coinvolgono altri operatori sanitari e/o altri studenti di professioni sanitarie mediche o non mediche a condizione che fosse possibile scorporre i dati relativi agli

studenti infermieri; (c) in full text. Sono stati inclusi anche studi disponibili come abstract, presentazioni a convegni o congressi, dissertazioni o tesi a condizione che fosse possibile estrapolare direttamente o indirettamente almeno la prevalenza di molestie sessuali; (d) pubblicati in lingua inglese o altre lingue, senza vincoli di data di pubblicazione.

Selezione degli studi

Il processo di screening è consistito in due step: (a) lettura e analisi del titolo e dell'abstract; (b) lettura e analisi del testo completo. Per il primo step l'autore principale (LGR) ha sviluppato un modulo di screening per titolo/abstract rivisto dai coautori (ARLT e SCR). I criteri di screening sono stati prima testati su un campione pilota di dieci abstract al fine di dimostrare che fossero sufficientemente robusti da garantire il reperimento di qualsiasi documento che soddisfacesse l'obiettivo. I criteri modificati sono stati riapplicati e testati su un campione casuale di dieci documenti dall'autore principale (LGR) e da un secondo coautore (SC), per verificare la coerenza della selezione. I disaccordi sono stati materia di discussione e i criteri sono stati ulteriormente perfezionati fino al raggiungimento di un accordo comune. L'autore principale (LGR) ha esaminato in modo indipendente i titoli e gli abstract rimanenti di tutti i record reperiti per valutare il rispetto dei criteri di eleggibilità e in caso affermativo si è personalmente occupato del recupero del full text. Nel secondo step, l'autore principale (LGR) e uno dei coautori (VT) hanno rivalutato in modo indipendente i documenti in full-text. Gli elenchi di riferimento degli studi eleggibili sono stati analizzati da tre coautori (MD, MB e CC) per identificare risorse aggiuntive. La ricerca è continuata fino al raggiungimento della saturazione, cioè fino a che non sono stati più identificati nuovi studi coerenti con i criteri di eleggibilità. In caso di eventuali disaccordi, i documenti sono stati rianalizzati una seconda volta e in caso di mancato accordo è stato richiesto l'arbitrato di un altro coautore (BB) per il raggiungimento di un pieno consenso (41). Il processo di screening è stato documentato in forma di diagramma di flusso, coerentemente a PRISMA Statement (42). Non è stata eseguita una valutazione critica degli studi, dato che non costituisce parte essenziale di una scoping review (35).

Raccolta dati

L'autore principale (LGR) ha sviluppato due moduli di raccolta dati, rivisti dai coautori (VA, ARLT e SCR). Il primo (caratteristiche degli studi inclusi) ha riguardato i seguenti dati: primo autore; anno di pubblicazione; Paese; disegno di studio; caratteristiche della popolazione; definizione di molestia sessuale; setting di reclutamento dei partecipanti.

Il secondo (modelli di molestia sessuale) ha incluso, oltre al primo autore, l'anno di pubblicazione e il Paese, anche i seguenti dati: prevalenza di molestie sessuali; molestatore principale; vittima principale; tipologia prevalente di molestia sessuale con relativa modalità di manifestazione; setting in cui si è manifestata più spesso la molestia sessuale; turno di tirocinio in cui si è attuata più di frequente la molestia sessuale; reazione principale della vittima; modalità di coping prevalente della vittima con elenco delle eventuali giustificazioni a supporto. Due coautori (MD e MB) hanno effettuato un pre-test con due documenti prima di rendere operativi i moduli di raccolta dati, per garantire che essi fossero in grado di intercettare in modo accurato i dati utili. L'estrazione di questi ultimi è stata condotta in duplicato e in modo indipendente da due revisori (LGR e VT). Per un'accurata raccolta dei dati, la loro estrazione da parte di ciascun revisore è stata confrontata ed eventuali discrepanze sono state discusse fino a raggiungere una comune coerenza. I moduli di raccolta dati sono stati creati e perfezionati con Microsoft Excel versione 2016.

Sintesi dei dati e dei risultati

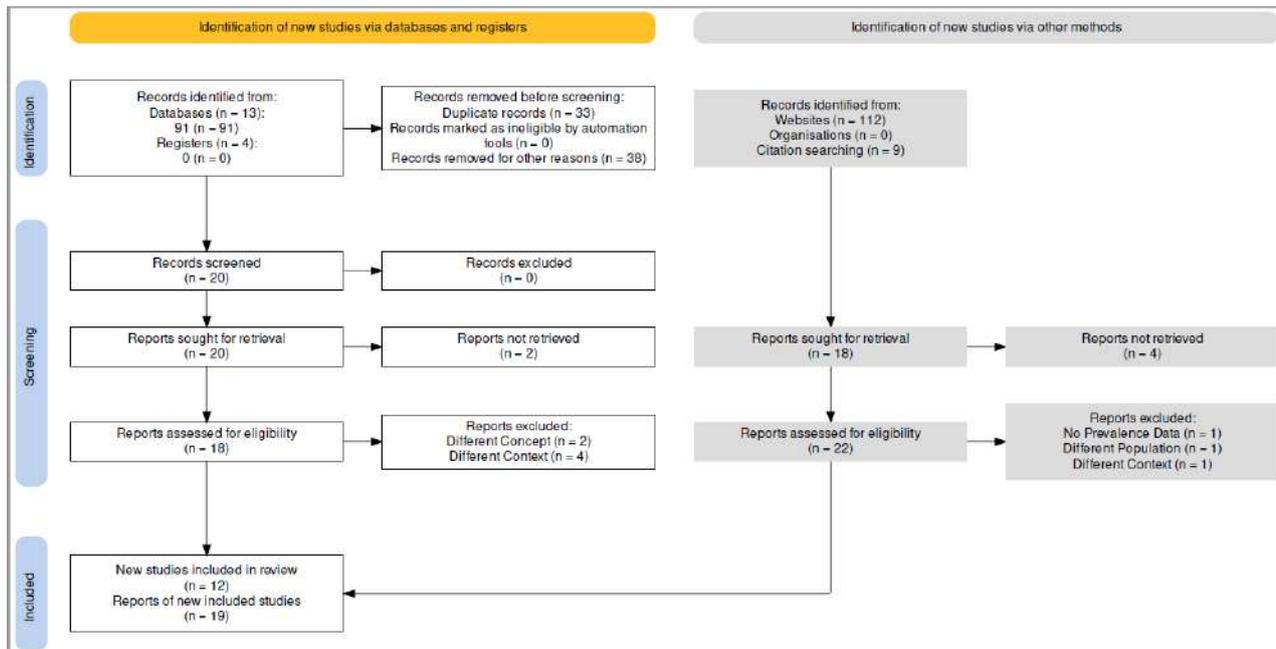
Per una maggiore fruibilità e facilità di lettura, si è privilegiato il formato tabellare per la sintesi delle caratteristiche principali degli studi e quello visivo con cartogramma e diagramma per la sintesi di informazioni relative rispettivamente ai dati di prevalenza e al modello tipico di molestia sessuale.

RISULTATI

Selezione degli studi

L'interrogazione dei database biomedici e la consultazione delle risorse web è stata eseguita il 26 aprile 2023. Il diagramma di flusso PRISMA in Figura 1 (43) illustra il processo di selezione dei record reperiti dopo l'implementazione della strategia di ricerca. Sono stati identificati 203 record, 91 dai database biomedici e 112 da altre fonti. Dopo la rimozione dei duplicati, dei record non pertinenti a seguito di lettura di titolo e abstract e di quelli che non hanno condotto al reperimento dei relativi documenti, 40 report sono stati analizzati in full text e valutati per eleggibilità. Nove sono stati esclusi perché non rispettavano una delle componenti del framework PCC ($n = 8$) o non contenevano dati che consentissero il calcolo della prevalenza delle molestie sessuali ($n = 1$). Nel complesso, 31 report afferenti ad altrettanti studi (18-22,26-28,32,44-65) sono stati inclusi nella scoping review.

Figura 1 – Diagramma di flusso PRISMA.



Caratteristiche degli studi inclusi.

Tabella 2 – Caratteristiche degli studi inclusi.

Autore (anno)	Paese	Disegno di studio	Popolazione: studenti infermieri	Concetto: molestia sessuale	Setting di reclutamento (Contesto: tirocinio clinico)
Abdou (2016)	Egitto	Studio trasversale	N=384 Età media 20.1 anni 50% genere femminile	Qualsiasi condotta sessuale indesiderata o richiesta deliberatamente perpetrata dal molestatore per favori sessuali o altri comportamenti fisici ed espressivi di natura sessuale che violano il corpo, la privacy o i sentimenti di una persona	CLI
Arulogun (2013)	Nigeria	Studio trasversale	N=250 Età media 23.0 anni 78.8% genere femminile	Qualsiasi avance sessuale indesiderata, richiesta di favori sessuali o altri comportamenti fisici ed espressivi di natura sessuale	CLI
Birks (2018)	Australia	Studio trasversale	N=398 Età media 29 anni 88% genere femminile	-	CLI
Bronner (2003)	Israele	Studio trasversale	N=280 Età media 25 anni 80% genere femminile	Qualsiasi condotta sessuale sgradita, offensiva e indesiderabile che interferisce con la capacità di un lavoratore di svolgere la propria attività; comportamento di natura sessuale che direttamente o indirettamente pregiudica o minaccia di pregiudicare la sicurezza del posto di lavoro, le prospettive di promozione o guadagno, le condizioni di lavoro o l'opportunità di assicurarsi un lavoro, un alloggio o qualsiasi tipo di servizio pubblico	Ospedale
Çelebioğlu (2010)	Turchia	Studio trasversale	N=380 Età media 21.2 anni	Atteggiamenti come discorsi e battute a contenuto sessuale e tentativi di contatto fisico	CLI
Celik (2004)	Turchia	Studio trasversale	N=225 Età media 21.6 anni	Essere oggetto di scherzi, storie, domande o parole a sfondo sessuale non desiderati; ricevere la richiesta indesiderata di uscire; ricevere posta o telefonate a sfondo sessuale indesiderate; essere forzati a mostrare o farsi toccare parti del corpo a qualcuno o forzati a vedere o toccare parti del corpo di qualcuno; subire un tentativo di aggressione	CLI
Chang (2020)	Taiwan	Studio trasversale	N=291 Età media 22 anni 86.9% genere femminile	Comportamento sessuale indesiderato, comprese le sue forme verbali, fisiche, psicologiche o visive correlate anche a difformità di potere	CLI

Chang (2021)	Taiwan	RCT	N=66 Età media 21.7 anni 80.3% genere femminile	Comportamento sessuale indesiderato, comprese le sue forme verbali, fisiche, psicologiche o visive correlate anche a difformità di potere	CLI
Choi (2020) - abstract	Sud Corea	Studio trasversale	N=319	-	CLI
Cogin (2009)	Australia	Studio trasversale + interviste	N=538 Età media 22.3 anni 82.2% genere femminile	Condotta relativa ad un comportamento a sfondo sessuale sgradito al suo destinatario che si traduce in sentimenti di umiliazione, imbarazzo o intimidazione	Ospedale
El Ganzory (2014)	Egitto	Studio pre-post	N=60 Età media 23 anni 86.7% genere femminile	Qualsiasi avance sessuale non gradita, richiesta di favori sessuali o altri comportamenti fisici ed espressivi di natura sessuale	CLI
El Gawad (2017)	Egitto	Studio pre-post	N=228 Età media 20.6 anni 100% genere femminile	Qualsiasi tipo di comportamento sessuale indesiderato che si verifica in forma verbale, non verbale, fisica, mentale o visiva ed è accompagnato da insulti, umiliazioni o minacce alla salute della vittima	CLI
Ferns (2008)	UK	Studio trasversale	N=114 Età media 25 anni 79.8% genere femminile	-	CLI
Finnis (1994)	UK	Studio trasversale + interviste	N=92 94.6% genere femminile	-	CLI
Hallett (2021)	UK	Studio trasversale + focus group	N=129 Età media 21.5 anni 93% genere femminile	-	CLI
Johnson (2013)	Nigeria	Studio trasversale	N=41 Età media: 22.5 anni 78.1% genere femminile	Comportamenti sessuali indesiderati che interferiscono con la capacità di svolgere il proprio lavoro sul posto di lavoro	CLI
Khan (2015)	Pakistan	Studio trasversale	N=46 Età media 25.5 anni	Qualsiasi forma di condotta verbale, non verbale o fisica indesiderata, invasione dello spazio personale, commenti allusivi, commenti indesiderati sull'abbigliamento e sull'aspetto, battute di natura sessuale e visualizzazione di materiale sessualmente offensivo	Ospedale
Kim (2017)	Sud Corea	Studio correlazionale	N=191 Età media 23.3 anni 90.6% genere femminile	Avances sessuali indesiderate fatte da dipendenti, datori di lavoro o lavoratori del settore pubblico nell'ambito di rapporti di lavoro, di impiego o di altro tipo	CLI
Kim (2018)	Sud Corea	Studio fenomenologico	N=13 85% genere femminile	-	CLI
Lee (2011)	Sud Corea	Studio trasversale	N=542 Età media 21.7 anni 100% genere femminile	Commenti, sguardi o contatti fisici sessuali ripetuti e indesiderati sul posto di lavoro o in altri luoghi, correlati non solo alla sessualità ma anche a disparità di potere	CLI
Lee (2019) - tesi di dottorato	Sud Corea	Studio trasversale	N=190 Età media 22.3 anni 93.7% genere femminile	-	CLI
Magnavita (2011)	Italia	Studio trasversale	N=346 Età media 26 anni 72% genere femminile	-	CLI
Mehasb (2017)	Egitto	Studio trasversale	N=276 Età media 23.2 anni 100% genere femminile	Qualsiasi avance sessuale indesiderata, richiesta di favori sessuali o altri comportamenti fisici ed espressivi di natura sessuale	CLI
Muzamil (2008) - tesi di Infermieristica	Malesia	Studio trasversale	N=75 100% genere femminile	Qualsiasi condotta indesiderata di natura sessuale effettuata attraverso atti verbali, non verbali, visivi, molestie psicologiche o fisiche	CLI
Omotosho (2016) tesi di Infermieristica	Nigeria	Studio trasversale	N=187 Età media 23.5 anni 78.8% genere femminile	Qualsiasi avance sessuale indesiderata, richiesta di favori sessuali o altri comportamenti fisici ed espressivi di natura sessuale	CLI
Sughatan (2021)	Malesia	Studio trasversale	N=234 Età media 23.2 anni 100% genere femminile	Avances sessuali indesiderate, richieste di favori sessuali e altri comportamenti verbali o fisici di natura sessuale	CLI
Tee (2016)	UK	Studio trasversale	N=657 Età media 22.5 anni 88.2% genere femminile	-	CLI

Tollstern Landin (2020)	Tanzania	Studio trasversale + interviste	N=100 Età media 23.5 anni 67.5% genere femminile	Qualsiasi avance sessuale indesiderato, richiesta di favori sessuali, condotta verbale o fisica o gesto di natura sessuale o qualsiasi altro comportamento di natura sessuale che si possa ragionevolmente prevedere o essere percepito come offensivo o umiliante per un altro	CLI
Trysnes (2022)	Norvegia	Studio trasversale + interviste	N=74 Età media 25 anni	Qualsiasi forma di attenzione sessuale indesiderata che ha lo scopo o l'effetto di essere offensiva, spaventosa, ostile, degradante, umiliante o fastidiosa	CLI
Tung (2023)	Cina	Studio trasversale	N=77 Età media 21.4 anni 100% genere femminile	-	Ospedale
Yamada (1999)	Giappone	Studio trasversale	N=39 Età media 22.8 anni 100% genere femminile	-	CLI

CLI = Corso di Laurea in Infermieristica o Scuola per Infermieri; RCT = Randomized Controlled Trial.

Gli studi coprono un arco temporale di quasi 30 anni, dal 1994 (52) al 2023 (64). Per due di essi è stato possibile reperire solo l'abstract (48). Sono state recuperate anche cinque tesi (56,59,60,64,65), di cui una disponibile solo come abstract (64). In termini di disegno di studio, 26 sono trasversali, due sono studi pre-post (50,51), uno è un RCT (21), uno è uno studio correlazionale (22) e uno è uno studio fenomenologico (32). 14 studi provengono dall'Asia, otto dall'Africa, sette dall'Europa e due dall'Oceania. La dimensione campionaria varia da 13 (32) fino a

657 (28) partecipanti; a parte un caso (44), in cui maschi e femmine sono equamente rappresentati, negli altri studi il genere femminile è ampiamente maggioritario. L'età media è compresa tra 20.1 (44) e 29 anni (26). I 11 studi (35.5%) non forniscono una definizione di molestia sessuale. I setting di reclutamento dei partecipanti sono stati le Scuole per infermieri o i Corsi di laurea in Infermieristica, ma in quattro casi (46,49,55,64), il reclutamento è avvenuto in ospedale (Tabella 2).

Modelli di molestia sessuale

Tabella 3 – Modelli di molestia sessuale.

Autore (anno)	Paese	Soggetti molestati	Partecipanti	Prevalenza	Molestatore	Vittima	Tipologia di molestia	Modalità di manifestazione	Setting clinico	Turno	Reazione	Modalità di coping	Non faccio nulla perché ...
Abdou (2016)	Egitto	355	369	96.2	Paziente	Studente giovane	Verbale	Commenti	-	Mattina	Confusione	Non faccio nulla	Non voglio problemi
Arulogun (2013)	Nigeria	158	250	63.2	Medico	Studente al primo anno di corso	Non verbale	Fissare insistentemente	-	-	Rabbia	Segnalazione all'autorità religiosa o accademica	-
Birks (2018)	Australia	398	934	42.6	Infermiere	-	Verbale	Commenti	-	-	Disagio	Non faccio nulla	Darebbero la colpa a me Non mi crederebbero
Bronner (2003)	Israele	255	280	91.0	Paziente	-	Verbale	Commenti Allusioni	-	-	Vergogna	Non faccio nulla	Non sono sicuro che sia una molestia
Çelebioğlu (2010)	Turchia	16	380	4.2	Paziente	-	Verbale	Commenti Doppi sensi	-	-	Rabbia	Non faccio nulla	Non l'ha fatto apposta E' colpa mia
Celik (2004)	Turchia	120	225	53.0	Paziente	Studente giovane al primo anno di corso	Verbale	Commenti Doppi sensi	-	-	Rabbia	Non faccio nulla	Non so che fare E' colpa mia
Chang (2020)	Taiwan	66	291	22.7	Paziente	-	Verbale	-	Medicina	-	-	-	-
Chang (2021)	Taiwan	17	66	25.8	Paziente	-	Verbale	-	-	-	-	-	-
Choi (2020)	Sud Corea	232	319	72.7	Paziente	-	-	-	Medicina	-	-	-	-
Cogin (2009)	Australia	366	538	68.0	Paziente	-	Verbale	Commenti Doppi sensi	-	-	Disagio	Non faccio nulla	Non voglio problemi Non l'ha fatto apposta E' colpa mia

El Ganzory (2014)	Egitto	43	60	71.7	Paziente	Studente giovane	Verbale	Mail Telefonate	Medicina	Notte	Imbarazzo	Non faccio nulla	Non sono sicuro che sia una molestia Non l'ha fatto apposta Non so che fare Darebbero la colpa a me
El Gawad (2017)	Egitto	212	228	93.0	-	-	Verbale	-	-	-	Rabbia	-	-
Ferns (2008)	UK	28	114	24.6	Paziente	-	Verbale	Commenti	Medicina	-	-	-	-
Finnis (1994)	UK	32	92	35.0	Paziente	-	Verbale	Insinuazioni Commenti	-	-	Rabbia	-	-
Hallett (2021)	UK	51	129	39.5	Paziente, parente	-	Verbale	Commenti	-	-	-	Non faccio nulla	È un rischio professionale
Johnson (2013)	Nigeria	10	41	24.4	Medico, paziente	-	Verbale	Richiesta di appuntamento	-	-	Rabbia	Segnalazione a familiari o amici	-
Khan (2015)	Pakistan	37	46	80.0	Paziente, medico	-	-	-	-	-	Rabbia	Segnalazione all'autorità della struttura sanitaria	-
Kim (2017)	Sud Corea	97	191	50.8	Paziente	Studente giovane e inesperto	Verbale	Commenti Battute	Psichiatra	Mattina Pomeriggio	Vergogna	Non faccio nulla	Non so che fare Non sono sicuro che sia una molestia
Kim (2018)	Sud Corea	13	13	100.0	Paziente	-	Verbale	-	-	-	Rabbia	Non faccio nulla	Non so che fare Non sono sicuro che sia una molestia Non è colpa sua E' colpa mia
Lee (2011)	Sud Corea	282	542	52.0	Paziente	-	Verbale	Commenti	Psichiatra	Sera Notte	-	-	Non voglio problemi Non so che fare Non sono sicuro che sia una molestia Non mi crederrebbero
Lee (2019)	Sud Corea	88	190	46.3	-	-	Fisica	-	-	-	-	-	-
Magnavita (2011)	Italia	20	346	5.8	Paziente	-	Verbale	-	-	-	Rabbia	Non faccio nulla	Non voglio problemi
Mehasb (2017)	Egitto	162	276	58.7	-	Studente giovane e inesperto	-	-	-	Mattina Pomeriggio	Rabbia	Non faccio nulla	Non so che fare
Muzamil (2008)	Malesia	68	75	90.5	Paziente	-	-	-	-	-	-	-	-
Omotosho (2016)	Nigeria	118	187	63.1	Medico	-	Fisica	Baci Abbracci	-	-	Rabbia	Non faccio nulla	-
Sughatan (2021)	Malesia	172	234	73.5	Paziente	-	Verbale	Linguaggio offensivo	Medicina	Mattina	-	Non faccio nulla	Non voglio problemi Non mi crederrebbero
Tee (2016)	UK	76	657	11.3	Infermiere	-	Verbale	Commenti	-	-	-	-	-
Tollstern Landin (2020)	Tanzania	11	100	11.0	Medico	Studente giovane e inesperto	Verbale	Commenti	-	-	Rabbia	-	-
Trysnes (2022)	Norvegia	33	74	45.0	Paziente	-	Verbale	Commenti	-	-	Imbarazzo	Non faccio nulla	Non voglio problemi Non so che fare Non è colpa sua
Tung (2023)	Cina	56	77	73.0	Paziente	-	Non verbale	Atteggiamenti allusivi	-	-	-	-	-
Yamada (1999)	Giappone	11	39	28.2	Paziente	-	Fisica	-	-	-	-	Non faccio nulla	Non è colpa sua E' colpa mia
TOTALE	-	3603	7363	48.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Gli strumenti di indagine utilizzati sono consistiti in larga misura da questionari, validati o creati ad hoc. Gli studenti infermieri che hanno partecipato agli studi sono stati complessivamente 7363; quelli che hanno subito molestie sessuali almeno una volta durante il tirocinio clinico sono stati 3603, per una prevalenza del 48.9%. Negli studi inclusi il range di prevalenza oscilla tra il 4.2% (47) e il 100% (32). La figura del molestatore è descritta in 28 (90.3%) studi: in 22 di essi (78.6%) è un paziente maschio di età variabile. In sette studi (22.6%) viene illustrato l'identikit della vittima: studente infermiere di genere femminile, giovane età, alla prima esperienza di tirocinio clinico. 27 studi (87.1%) indicano la tipologia di molestia, che nell'81.5% dei casi è di tipo verbale e si manifesta per lo più con commenti o allusioni a sfondo sessuale (59.1%). Sette studi (22.6%) esplicitano il setting clinico in cui si verificano più di frequente le molestie sessuali, che per il 71.4% è il reparto di Medicina e per il 28.6% quello di Psichiatria. Sei studi (19.4%) riportano il turno di tirocinio più a rischio per molestie sessuali, ma non ne emerge uno in particolare. 19 studi (61.3%) descrivono le reazioni degli studenti infermieri alle molestie sessuali subite: il sentimento prevalente è la rabbia (63.2%). Infine, 19 studi (61.3%) segnalano le modalità di coping messe in atto dalle vittime: la modalità dominante (84.2%) è quella di non fare nulla. Le motivazioni sottostanti sono le seguenti: (a) non voglio problemi; (b) non so che fare; (c) non so se sia una molestia sessuale; (d) non mi crederebbero; (e) non è colpa sua (del molestatore); (f) è colpa mia (Tabella 3).

DISCUSSIONE

L'obiettivo della scoping review è stato di mappare le caratteristiche con cui si manifestano le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico. Le domande di ricerca utili a perseguire l'obiettivo hanno trovato le seguenti risposte:

- (a) qual'è la prevalenza delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico? La prevalenza cumulativa è del 48.9%; la distribuzione per continente, in base agli studi identificati, è mostrata in Figura 2;
- (b) chi è la persona che più spesso molesta sessualmente gli studenti infermieri durante il tirocinio clinico? Il molestatore tipico è il paziente di genere maschile ed età variabile;
- (c) chi è lo studente infermiere che più spesso subisce molestie sessuali durante il tirocinio clinico? La vittima generalmente è uno studente di genere femminile e giovane età alla prima esperienza di tirocinio clinico;
- (d) quale tipologia di molestia sessuale viene più spesso perpetrata ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico? La molestia sessuale prevalente è di tipo verbale;

(e) qual'è la modalità con cui più spesso si manifesta la tipologia di molestia sessuale prevalente ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico? La molestia verbale si manifesta sottoforma di commenti o allusioni a sfondo sessuale;

(f) qual è il setting clinico nel quale più spesso lo studente infermiere subisce molestie sessuali durante il tirocinio? I setting clinici più a rischio sono i reparti di Medicina e di Psichiatria;

(g) qual è il turno in cui più spesso lo studente infermiere subisce molestie sessuali durante il tirocinio clinico? Non è emerso un turno più a rischio di altri;

(h) qual è la reazione prevalente dello studente infermiere dopo avere subito molestie sessuali durante il tirocinio clinico? La reazione prevalente è un sentimento di rabbia;

(i) qual'è la modalità di coping più frequente attuata dallo studente infermiere dopo avere subito molestie sessuali durante il tirocinio clinico? La modalità di coping più frequente è quella di non fare nulla. A ragione di ciò vi sono diverse motivazioni: non voglio problemi, non so che fare, non mi crederebbero, non so se è una molestia, non è colpa sua - del molestatore -, è colpa mia.

In Figura 3 è sintetizzato il tipico modello di molestia sessuale.

Figura 2 – Prevalenza cumulativa e per continente delle molestie sessuali sugli studenti infermieri.

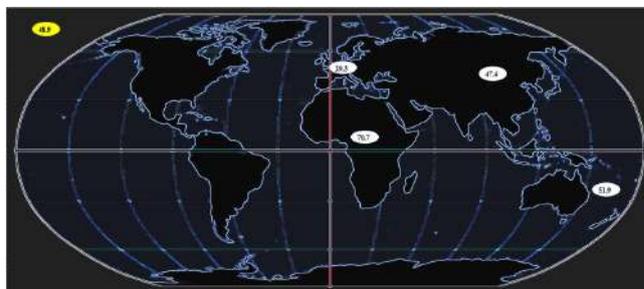


Figura 3 – Modello tipico di molestia sessuale perpetrata ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico.



Confronto con la letteratura

È possibile effettuare un confronto tra i risultati della presente scoping review e quelli delle due revisioni citate in precedenza (33,34). Gli autori della revisione integrativa (34) stimano un ampio range di prevalenza delle molestie sessuali, pari a 7.2–68%, simile al nostro (4.2-100%), ma non calcolano la prevalenza cumulativa. Coerentemen-

te con i nostri risultati, i perpetratori tipici di molestie sessuali sono pazienti di genere maschile; la natura delle molestie è prevalentemente verbale (41-62%), le vittime principali sono studenti infermieri di genere femminile, una delle reazioni più diffuse è la rabbia e la modalità di coping più frequente è quella di non fare nulla. Una revisione sistematica con meta-analisi (33) ha calcolato la prevalenza cumulativa di molestie sessuali ai danni degli studenti di Infermieristica cinesi, pari al 7.2%, valore prossimo al limite inferiore del range da noi registrato. Infine, il solo studio disponibile compiuto in Italia (57), stima una prevalenza di molestie sessuali del 5.8%.

La molestia sessuale

L'ampio range di prevalenza in materia di molestia sessuale dipende dalle differenze nei metodi di ricerca e indagine utilizzati negli studi (56), ma soprattutto dalla varietà di definizioni riscontrate. Attualmente non esiste uno strumento condiviso per riconoscere e valutare le molestie sessuali (18,22,66): ciò si deve anche alla difficoltà di proporre una definizione operativa chiara di molestia sessuale, a causa di distinzioni spesso sottili e variabili in funzione delle interpretazioni della vittima e dell'approccio culturale e di genere afferenti allo specifico Paese oggetto di indagine (60). Una difficoltà ulteriore deriva dal fatto che abuso sessuale, aggressione sessuale e molestia sessuale sono concetti così intrecciati tra loro che è problematico fornire per ognuno di loro una definizione distintiva e nettamente scissa dagli altri due (60). Se il livello di riconoscimento e accettazione di una molestia sessuale dipende dal contesto socioculturale in cui si verifica (22;62), la comparabilità delle diverse prevalenze riscontrate è limitata (18,22,60,66). Nonostante quanto detto, gli studi hanno evidenziato che le molestie sessuali sugli studenti infermieri durante il tirocinio clinico sono una realtà significativa di spessore transculturale.

Il setting clinico

L'ospedale può rivelarsi un ambiente ostile e sessualizzato per gli studenti infermieri che stanno effettuando il tirocinio clinico (46,54). In un ambiente sessualizzato sono comuni discorsi, racconti, allusioni, comportamenti o atteggiamenti sessualmente espliciti (60). Costituisce parte integrante di questo ambiente il rischio, sistematicamente incorporato, accettato e sostenuto come "normale" dagli infermieri di incorrere in molestie sessuali quando ci si prende cura dei pazienti; in quanto introiettato come un "effetto collaterale" della professione (28,63), è un "male necessario" a cui devono soggiacere anche gli studenti, a loro volta invitati a trascurare e ignorare le molestie sessuali subite (63).

Il coping

La risposta della vittima alla molestia sessuale è variabile perché culturalmente definita (60); la modalità di coping prevalente è quella di non fare nulla, ma le motivazioni

sottostanti questa scelta sono diverse e influenzate dal contesto socioculturale. La molestia sessuale durante il tirocinio clinico può essere considerata per alcuni studenti infermieri un "rito di passaggio" da accettare e tollerare come parte della futura professione (19,26,32,65).

La mancata segnalazione del fenomeno è anche frutto delle seguenti considerazioni: (a) timore di non apparire abbastanza professionali da gestire la situazione; (b) timore di incorrere in conseguenze negative durante il tirocinio clinico e più in generale nel processo formativo; (c) timore di ritorsioni o intimidazioni da parte del molestatore o dell'équipe di cura (per avere messo a rischio la reputazione e il "buon nome" del luogo di lavoro); (d) non conoscenza delle modalità con cui affrontare il problema (o, se presenti, ambiguità delle procedure di segnalazione); (e) timore di non essere creduti dal tutor o dall'assistente di tirocinio e di essere oggetto di scherno e stigma da parte del team di cura; (f) comprensione vaga e superficiale del concetto e della definizione di molestia sessuale nonché delle sue conseguenze negative (con relativa difficoltà a identificarla come tale - per alcune culture la molestia sessuale si manifesta solo se vi è contatto fisico); (g) convinzione che il molestatore sia inconsapevole di avere perpetrato una molestia sessuale a causa ad esempio di disturbi neurocognitivi, dipendenza da sostanze da abuso, demenza, patologie psichiatriche; (h) atteggiamento di advocacy nei confronti del molestatore in quanto persona affetta da una patologia tanto severa da avere reso necessario il ricovero ospedaliero e quindi in chiara posizione di svantaggio rispetto agli operatori sanitari (compresi gli studenti infermieri); (i) convinzione di avere provocato la molestia sessuale attraverso un abbigliamento inappropriato o atteggiamenti e comportamenti ambigui (19,22,26,28,32,44,50,54,60,61,63,67).

Problemi aperti e proposte per studi futuri

Dall'analisi degli studi emergono i seguenti problemi aperti da affrontare in ambito istituzionale, educativo e formativo per cercare di risolvere il fenomeno delle molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico: (a) conoscenza insufficiente del problema in termini di prevalenza e incidenza (63); (b) scarsa sensibilità al tema in ambito accademico e clinico (63) (la molestia sessuale sembra una questione spiacevole da affrontare); (c) carenza di spazi di dialogo e percorsi formativi dedicati (44,63); (d) mancanza, carenza o ambiguità di procedure e sistemi di segnalazione formale dell'accaduto (44). Spesso, al verificarsi della molestia sessuale, lo studente infermiere è lasciato solo (63). Questo, oltre a determinare in lui conseguenze psicofisiche anche serie, comunica un messaggio pericoloso e produce effetti deleteri per la professione infermieristica: la presa d'atto che l'autore della molestia sessuale non è perseguito e che anzi l'evento in sé è tollerato se non consentito, può

minare gli standard etici dello studente e il rispetto e la fiducia nei confronti degli infermieri (60).

La percezione di isolamento, stress e ingiustizia organizzativa da parte dello studente infermiere che ha subito molestie sessuali può influenzarne anche il futuro approccio alla professione: l'educazione alla violenza favorisce la sua perpetuazione durante l'attività lavorativa (57). Appare necessario promuovere una cultura che valorizzi la dignità e il rispetto individuale (55) degli studenti infermieri, i quali hanno diritto ad avere un ambiente di apprendimento clinico sicuro, e nel caso devono poter avere fiducia sul fatto che l'evento sarà gestito in modo appropriato e non giudicante (28). L'attenzione all'argomento dovrebbe riguardare anzitutto le figure di riferimento dello studente in ambito accademico e clinico, rispettivamente gli infermieri tutor e gli assistenti di tirocinio, proponendo loro corsi di formazione ad hoc, oltre a sottoporre a periodica valutazione l'ambiente di apprendimento clinico tramite audit e sessioni di debriefing (28). Data la scarsa conoscenza che gli studenti infermieri, specie al primo anno di corso, hanno del concetto di molestia sessuale e delle sue varie manifestazioni e conseguenze, sembra irrinunciabile l'inserimento nel loro curriculum formativo di iniziative in merito (18). Nonostante siano accertati la prevalenza significativa e la natura guidata dal contesto socioculturale delle molestie sessuali, sono poche le prove empiriche che affrontano il ruolo delle influenze culturali sul fenomeno. Un indizio dell'importanza di promuovere un approccio culturalmente sensibile al problema è la prevalenza di molestie sessuali a livello continentale: ad esempio, in Africa la prevalenza è più che doppia che in Europa.

Le proposte per ricerche future culturalmente orientate potrebbero riguardare l'analisi del fenomeno sotto due prospettive: (a) comparazione tra culture individualiste e collettiviste (32) - per le culture individualiste (es. cultura francese, tedesca, canadese) il singolo conta più del gruppo ed è fondamentale che si autodetermini esprimendo sempre la propria opinione. Nelle culture collettiviste (es. cultura messicana, greca, coreana) è più rilevante il concetto di appartenenza al gruppo, che richiede fedeltà ai suoi membri, i quali si impegnano per mantenerne l'armonia anche a scapito delle esigenze individuali; (b) comparazione di Paesi a diverso grado di emancipazione femminile (68) - i Paesi nordici e il Canada hanno un livello di emancipazione femminile superiore rispetto ai Paesi dell'area mediterranea; i Paesi meno emancipati sono quelli del Sud-Est asiatico, del Medio Oriente e del Nord Africa, dove è preponderante la cultura patriarcale.

Limiti dello studio

I valori di prevalenza (osservati o calcolati) di studenti infermieri che hanno subito molestie sessuali si basano su dati in forma aggregata di soggetti di genere femminile e maschile. Questo ha comportato l'impossibilità di dispor-

re di valori di prevalenza specifici per genere. Il modello tipico di molestia sessuale in alcune sue componenti (es. identikit della vittima, setting clinico a rischio) è meno esemplificativo in quanto si basa su dati disponibili in pochi studi.

Nonostante gli sforzi profusi per ottenere tutta la letteratura disponibile sul tema, non è stato possibile reperire sei studi di potenziale interesse. I documenti inclusi sono stati effettuati in 13 Paesi distribuiti su quattro continenti, ma è palese l'assenza di letteratura proveniente dal continente americano, che avrebbe potuto offrire ulteriore forza e valore ai risultati della scoping review.

CONCLUSIONI

Le molestie sessuali ai danni degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico rappresentano un problema significativo, di portata globale e con caratteristiche transculturali. Occorre l'impegno congiunto del mondo accademico e di quello clinico per garantire agli studenti di potersi giovare di tutor e assistenti di tirocinio sensibilizzati e culturalmente orientati al fenomeno e di ambienti di apprendimento sicuri.

BIBLIOGRAFIA

1. Bastick M, Grimm K, Kunz R. *Sexual violence in armed conflict. Global overview and implications for the security sector*. Geneva Center for Security Sector Governance 2007.

Disponibile all'indirizzo:

<https://www.dcaf.ch/Publications/Sexual-Violence-in-Armed-Conflict>

Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.

2. Gabay G, Shafran Tikva S. *Sexual harassment of nurses by patients and missed nursing care—A hidden population study*. J Nurs Manag 2020;28(8):1881-7.

3. Madison J, Minichiello V. *Recognizing and labelling sex based and sexual harassment in the health care workplace*. J Nurs Scholarsh 2000;32(4):405-10.

4. Suhaila O, Rampal KG. *Prevalence of sexual harassment and its associated factors among registered nurses working in government hospitals in Melaka State, Malaysia*. Med J Malaysia 2012;67(5):506-17.

5. Lu L, Dong M, Lok GKI, Feng Y, Wang G, Ng CH, Ungvari GS, Xiang -T. *Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: a comprehensive meta-analysis of observational studies*. J Adv Nurs 2020;76(4):980-90.

6. MacKusick CI, Minick P. *Why are nurses leaving? Findings from an initial qualitative study on nursing attrition*. Medsurg Nurs 2010;19(6):335-40.

7. Clayton-Hathway K, Humbert AL, Schutz S, McIlroy R, Griffiths H. *Gender and nursing as a profession: Valuing nurses and paying them their worth*. London: Royal College of Nursing; 2020.

8. Nursing and Midwifery Board of Australia. *Nursing and midwifery board of Australia registrant data 2020*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/search.aspx?q=registrant+data>. Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.
9. Prosen M. *Nursing students' perception of gender-defined roles in nursing: a qualitative descriptive study*. BMC Nurs 2022;21(1):1-11.
10. Durana A, Lenhart A, Miller R, Schulte B, Weingarten E. (2018). *Sexual Harassment: a severe and pervasive problem. What Drives This Unwanted, Costly, and Damaging Behavior Across Industry Sectors by Wage and Gender*. New America Foundation, Washington, DC 2018. Disponibile all'indirizzo: https://dly8sb8igg2f8e.cloudfront.net/documents/Sexual_Harassment_A_Severe_and_Pervasive_Problem_2018-10-10_190248.pdf. Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.
11. Ganapathy M. *Sexual harassment: Are we safe at our professional space*. Nurs J India 2018;109(3):140-4.
12. Kisa A, Dziegielewska SF. *Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey*. Health Serv Manag Res 1996;9(4):243-53.
13. Nielsen MBD, Kjær S, Aldrich PT, Madsen IE, Friberg MK, Rugulies R, Folker AP. *Sexual harassment in care work—Dilemmas and consequences: A qualitative investigation*. Int J Nurs Stud 2017;70:122-30.
14. International Labour Organization. *Violence and harassment at work has affected more than one in five people. Experiences of Violence and Harassment at Work: A first global survey 2022*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.employmentlawfirms.com/resources/employment/workplace-safety-and-health/sexual-harassment-law.htm>. Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.
15. United Nations. *The Universal Declaration of Human Rights 1948*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.
16. World Association for Sexual Health. *Declaration of sexual rights 2014*. Disponibile all'indirizzo: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>. Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.
17. Ali EAA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. *Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt*. J Egypt Public Health Assoc 2015;90(3):94-100.
18. Lee SK, Song JE, Kim S. *Experience and perception of sexual harassment during the clinical practice of Korean nursing students*. Asian Nurs Res 2011;5(3):170-6.
19. Celik SS, Bayraktar N. *A study of nursing student abuse in Turkey*. J Nurs Educ 2004;43(7):330-6.
20. Chang TS, Tzeng YL, Teng YK. *Sexual harassment experiences, knowledge, and coping behaviors of nursing students in Taiwan during clinical practicum*. Int J Environ Res Public Health 2020;17(13):4746.
21. Chang TS, Teng YK, Chien SY, Tzeng YL. *Use of an interactive multimedia e-book to improve nursing students' sexual harassment prevention knowledge, prevention strategies, coping behavior, and learning motivation: A randomized controlled study*. Nurs Educ Today 2021;105:104883.
22. Kim TI, Kwon YJ, Kim MJ. *Experience and perception of sexual harassment during the clinical practice and self-esteem among nursing students*. Korean J Women Health Nurs 2017;23(1):21-32.
23. Balamurugan G, Jose T, Nandakumar P. *Patients' Violence towards Nurses. A Questionnaire Survey*. Int J Nurs 2012;1(1):1-7.
24. Gurung A, Priyadarshini S, Margaret B. *Knowledge of Sexual Harassment among the Undergraduate students in Udupi district*. J Health Allied Sci 2016;6(2):4-20.
25. Lewis M. *Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures*. J Nurs Manag 2006;14(1):52-8.
26. Birks M, Budden LM, Biedermann N, Park T, Chapman Y. *A 'rite of passage?': Bullying experiences of nursing students in Australia*. Collegian 2018;25(1):45-50.
27. Ferns T, Meerebeau L. (2008). *Verbal abuse experienced by nursing students*. J Adv Nurs 2008;61(4):436-44.
28. Tee S, Özçetin YSÜ, Russell-Westhead M. *Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey*. Nurse Educ Today 2016;41:30-5.
29. Marsh J, Patel S, Gelaye B, Goshu M, Worku A, Williams MA, Berhane Y. *Prevalence of workplace abuse and sexual harassment among female faculty and staff*. J Occup Health 2009;51(4):314-22.
30. Lin YW, Tzeng YL, Shen MC. *A Sexual Harassment Prevention e-Learning Training Course for Nursing Students: Development and Effectiveness*. Sigma's 29th International Nursing Research Congress (Melbourne, Australia, 19-23 July 2018).
31. Rademakers JJ, Muijsenbergh ME, Slappendel G, Largo-Janssen AL, Borleffs JC. *Sexual harassment during clinical clerkships in Dutch medical school*. Med Educ 2008;42(5):452-8.
32. Kim M, Kim T, Tilley DS, Kapusta A, Allen D, Cho HS. *Nursing students' experience of sexual harassment during clinical Practicum: a phenomenological approach*. Korean J Women Health Nurs 2018;24(4):379-91.

33. Zeng L-N, Zong Q-Q, Zhang J-W, Lu L, An F-R, Ng CH, Ungvari GS, Yang F-Y, Cheung T, Chen L, Xiang Y-T. *Prevalence of sexual harassment of nurses and nursing students in China: a meta-analysis of observational studies*. *Int J Biol Sci* 2019; 15(4):749-56.
34. Smith E, Gullick J, Perez D, Einboden R. *A peek behind the curtain: An integrative review of sexual harassment of nursing students on clinical placement*. *J Clin Nurs* 2023;32(5-6):666-87.
35. Arksey H, O'Malley L. *Scoping studies: towards a methodological framework*. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19-32.
36. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. *Scoping studies: advancing the methodology*. *Implement Sci* 2010;5(1):1-9.
37. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. (2015). *Guidance for conducting systematic scoping reviews*. *Int J Evid Based Healthc* 2015;13(3):141-6.
38. Pham MT, Rajić A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. *A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency*. *Res Synth Methods* 2014;5(4):371-85.
39. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE (2018). *PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation*. *Ann Intern Med* 2018;169(7):467-73.
40. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping reviews. *Joanna Briggs Institute reviewer's manual* 2015;1-24.
Disponibile all'indirizzo:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7315963/mod_resource/content/1/manual_capitulo_revisao_escopo_JBIMES_2021April.pdf
- Data di ultima consultazione: 12 settembre 2023.
41. Jolley, RJ, Lorenzetti DL, Manalili K, Lu M, Quan H, Santana MJ. *Protocol for a scoping review study to identify and classify patient-centred quality indicators*. *BMJ Open* 2017;7(1):e013632.
42. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ* 2021;372:n71.
43. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. *PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis*. *Campbell Syst Rev* 2022;18(2):e1230.
(software disponibile all'indirizzo: <https://www.better-evaluation.org/tools-resources/prisma-flow-diagram-generator>)
44. Abdou RAEH, Abdel Wahed OM. *Perception and Experiences of Sexual Harassment among Nursing Students in Alexandria, Egypt*. *Alexandria Sci Nurs J* 2016;18(2):137-55.
45. Arulogun OS, Omotosho IK. *Experience of Sexual Harassment and Coping Strategies Among Students of the School of Nursing, University College Hospital, Ibadan, Nigeria*. *Int J Nurs Midwifery* 2013;5:70-5.
46. Bronner, G., Peretz, C., & Ehrenfeld, M. (2003). *Sexual harassment of nurses and nursing students*. *J Adv Nurs* 2003;42(6):637-44.
47. Çelebioğlu A, Akpınar RB, Küçükoğlu S, Engin R. *Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors*. *Nurse Educ Today* 2010; 30(7):687-91.
48. Choi CS, Hong YR. *The Effect of Sexual Harassment Experience on Self-esteem and Clinical Competence among Nursing Students in Clinical Practice*. *Korean J Crisis Manag* 2020;16(12):97-111.
49. Cugin J, Fish A. (2009). *Sexual harassment—a touchy subject for nurses*. *J Health Organ Manag* 2009;23(4):442-62.
50. El Ganzory GS, Nasr MH, Talaat A. *Effect of educational guidelines program on internship nursing students facing sexual harassment behavior*. *Life Sci J* 2014;11(4):411-20.
51. El Gawad NAE. *Nursing Supporting Instructions toward Sexual Harassment Related Menstrual and Psychological Problems among Female Nursing Student*. *Egypt J Health Care* 2017; 8(1):94-107.
52. Finnis SJ, Robbins I. (1994). *Sexual harassment of nurses: an occupational hazard?* *J Clin Nurs* 1994;3(2):87-95.
53. Hallett N, Wagstaff C, Barlow T. *Nursing students' experiences of violence and aggression: a mixed-methods study*. *Nurse Educ Today* 2021;105:105024.
54. Johnson K. *Sexual harassment against nursing students: a case study of Nigeria*. *Gender Behav* 2013;11(1):5220-36.
55. Khan N, Begum S, Shaheen A. *Sexual harassment against staff and student nurses in tertiary care hospitals Peshawar KP Pakistan*. *Int J Innov Res Devel* 2015;4(1):285-92.
56. Lee H (2019). *The effects of sexual harassment experiences on nursing professionalism and post-traumatic stress during clinical practice of nursing students [thesis]*. Yonsei: Yonsei University, 2019.
57. Magnavita N, Heponiemi T. *Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience*. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(2):203-10.
58. Mehasb SH, Ramadan SA, Elsayed HA, Abd El

- Salam DM. *Perception and Attitude of Internship Nursing Student Regarding Sexual Harassment*. Menoufia Nurs J 2017;2(1):57-69.
59. Muzamil SA. *Sexual Harrasment at Clinical Placement: Impact Towards Female Nursing Student* [thesis]. Kuching: Universiti Malaysia Sarawak (UMAS), 2009.
60. Omotosho I. *Sexual Harassment and coping strategies among students of the School of Nursing* [thesis]. Ibadan: University College Hospital of Ibadan, 2015.
61. Sugathan S, Azhar NASB, Roslan WINBW, Bakar HABA, Zolkaine, SMB. *Self-perception of sexual harassment: A comparison between female medical and nursing students during clinical practice*. Educ Health 2021;34(2), 55-63.
62. Tollstern Landin T, Melin T, Mark Kimaka V., Hallberg, D., Kidayi, P., Machange, R., ... & Björling, G. *Sexual harassment in clinical Practice—A cross-sectional study among nurses and nursing students in sub-Saharan Africa*. SAGE Open Nurs 2020;6:2377960820963764.
63. Trysnes I, Furrebøe EF, Nordstrand Berg L, Håverstad Einstabland ÅL, Klostergaard C, Drangsholt H. “Hot Case-workers and Squint-eyed Whores” - Sexual Harassment of Norwegian Social and Health Care Students in Practical Training. Nordic J Femin Gender Res 2022;30(2):124-39.
64. Tung C-H, Ho C-C. (2023) *A Study of Sexual Harassment Experience and Physical and Psychological Situation Among Female Nurses and Nursing Students During Clinical Services* [thesis] Beijing: Beijing University, 2023.
65. Yamada M. *Sexual harassment experienced by nursing students and its psychological impact* [thesis]. Yamanashi: Yamanashi Medical University, 1999.
66. Bruschini MM, Hediger H, Busch AK. *Patients' sexual harassment of nurses and nursing students: A cross-sectional study*. Int J Nurs Stud Adv 2023;5:100121.
67. Menon A, Shilalukey NMP, Siziya S, Ndubani P, Musepa M, Malungo J, Miceli MP. *Attitudes towards Sexual harassment of University Faculty staff by colleagues and students*. Sex roles 2009;23:421-38.
68. Watts JH. *Gender, health and healthcare: Women's and men's experience of health and working in healthcare roles*. 1st ed. London: Routledge; 2015.

Rianimazione cardiopolmonare in ambito extraospedaliero, efficacia delle compressioni toraciche praticate dall'operatore sanitario vs compressioni toraciche erogate da dispositivi meccanici

Cardiopulmonary resuscitation in the out-of-hospital setting, effectiveness of chest compressions delivered by the health care provider vs chest compressions delivered by mechanical devices

Sciara Rosaria Valentina

Infermiere ASST Sacco Fatebenefratelli, professoressa a contratto
Università degli Studi di Milano

Gorla Ruben

Infermiere Fondazione Don Gnocchi, professore a contratto
Università degli Studi di Milano

RIASSUNTO

Introduzione

L'arresto cardiaco extraospedaliero colpisce ogni anno 116 persone ogni 100.000 nel nostro Paese ed il 50% dei soggetti colpiti da arresto cardiaco improvviso viene dichiarato deceduto all'arrivo in pronto soccorso, mentre solo il 10% delle persone colpite viene dimesso dall'ospedale.

In caso di arresto cardiocircolatorio è necessario praticare la rianimazione cardiopolmonare per ritardare il danno anossico cerebrale ed utilizzare il defibrillatore per erogare (se indicato) la terapia elettrica al fine di ripristinare la circolazione spontanea.

Materiali e metodi

È stata lanciata la stringa di ricerca utilizzando lo strumento "metacrawler" fornito dal sistema bibliotecario lombardo; sono stati identificati quattro articoli che sono stati analizzati

Risultati

Erogare compressioni toraciche utilizzando dispositivo meccanici rispetto a quelle praticate dall'operatore sanitario non migliora in maniera statisticamente significativa il ritorno alla circolazione spontanea, anche se emergono contesti (es. mezzo di soccorso in movimento) in cui i device per le compressioni toraciche esterne sembrano essere maggiormente associati al ripresa del circolo spontaneo

Discussione

L'impiego di dispositivi elettromedicali permette di erogare compressioni toraciche di alta qualità al pari di quelle praticate dai sanitari, non si auspica un uso routinario di tali dispositivi

Parole chiave: arresto cardiaco extra ospedaliero, rianimazione cardiopolmonare, ritorno alla circolazione spontanea

ABSTRACT

Introduction

Out-of-hospital cardiac arrest affects 116 people per 100,000 in our country every year, and 50% of those affected by sudden cardiac arrest are pronounced dead on arrival in the emergency department, while only 10% of those affected are discharged from the hospital.

In case of cardiac arrest, it is necessary to perform cardiopulmonary resuscitation to delay anoxic brain damage and use the defibrillator to deliver (if indicated) electrical therapy in order to restore spontaneous circulation.

Materials and Methods.

A search string was launched using the "metacrawler" tool provided by the sistema bibliotecario lombardo; four articles were identified and analyzed

Results

Delivering chest compressions using mechanical devices as opposed to those delivered by the 'health care provider does not statistically significantly improve the return to spontaneous circulation, although contexts emerge (e.g., moving rescue vehicle) in which external chest compressions devices appear to be more associated with the return of spontaneous circulation

Discussion

The 'use of electromedical devices allows the delivery of chest compressions of high quality on par with those performed by health care providers; routine use of such devices is not indicated

Keywords

out of hospital cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, return on spontaneous circulation

Background

L'arresto cardiaco extra ospedaliero rappresenta un grande problema di salute in tutto il mondo, in particolare in Europa ogni anno si verificano 10.682 arresti cardiaci

extraospedalieri; tuttavia tale cifra è destinata ad essere ben maggiore poiché si riferisce a solo il 34% della popolazione europea(1).

In particolare, nel nostro paese si verificano in media 116 arresti cardiaci ogni 100.000 abitanti per un totale di 773 arresti cardiaci; purtroppo, la percentuale di popolazione coinvolta in questo calcolo statistico è esigua (13%)(1).

Di questi 773 pazienti colpiti da arresto cardiaco circa il 50% sono stati dichiarati giunti cadavere all'arrivo in pronto soccorso mentre il 15% all'arrivo presentava un ritorno alla circolazione spontanea (ROSC) ed i restanti con manovre rianimatorie in corso¹.

Di tutti si registra una sopravvivenza di solo il 10% all'evento primario (inteso come dimissione dall'ospedale in seguito ad arresto cardiaco)(1).

L'arresto cardiaco improvviso si verifica quando il cuore smette di battere in maniera inaspettata.

La rianimazione cardiopolmonare (RCP) ha l'obiettivo di mantenere un flusso di sangue cuore ed encefalo(2,3,4).

La RCP fornisce al cervello solamente il 33% del flusso sanguigno che riceve con il circolo spontaneo e il 10-20% del flusso al cuore stesso(5).

Sebbene la defibrillazione sia l'unico trattamento risolutivo della fibrillazione ventricolare, è stato osservato che il successo di questo trattamento sia influenzato positivamente da un adeguato supporto del circolo (compressioni toraciche esterne)(6,7,8).

Purtroppo persino i professionisti sanitari riscontrano difficoltà a praticare delle compressioni toraciche costantemente efficaci (specialmente su un veicolo in movimento o in condizioni di RCP prolungate)(9,10,11,12); per tali ragioni le compressioni toraciche praticate con dispositivi meccanici rappresentano un'attrattiva teoricamente valida per limitare le interruzioni dovute ai trasferimenti del paziente e all'avvicendamento del personale.

Obiettivo

Lo scopo del presente elaborato è quello di effettuare una revisione della letteratura per rispondere al quesito: "Qualora si verifichi un arresto cardiaco extra-ospedaliero (a prescindere dal ritmo di presentazione), l'utilizzo di dispositivi meccanici progettati per erogare compressioni toraciche esterne paragonate a quelle degli operatori migliorano gli esiti (inteso come ROSC)".

Metodi

In questa analisi critica sono stati inclusi quattro studi in cui i soggetti coinvolti a tutti i soggetti a cui si sia verificato un arresto cardiaco extra-ospedaliero.

Sono stati utilizzati sia termini mesh che parole di testo libero, in particolare:

A causa del tipo di intervento esaminato non è stato possibile che l'intervento fosse messo in cieco; si è deciso,

inoltre, di non escludere nessun device che non violasse l'integrità della parete toracica.

Di contro è stato deciso di escludere i dispositivi che implicassero un intervento attivo dell'operatore per l'esecuzione delle compressioni (fatta eccezione, ovviamente, per quelle manovre necessarie al corretto posizionamento dell'apparecchio elettromedicale preso in esame).

L'unico limite imposto alla popolazione di interesse è stato quello di un evento avvenuto al di fuori dell'ospedale. Nella stringa è stato deciso di inserire solo l'outcome ROSC senza però escludere dall'analisi dei risultati gli outcome secondari dei vari studi.

Il database interrogato è medline tramite il motore di ricerca metacrawler fornito dal sistema bibliotecario lombardo.

Si è utilizzato la seguente stringa di ricerca :

```
((("Death, + Sudden, + Cardiac"[MH]) OR ("Heart+Arrest"[MH]) OR ((cardiac AND arrest))) AND (((("Cardiopulmonary+Resuscitation"[MH]) OR ((chest AND compression))) AND (((device) OR ((instrumentation) OR ((mechanical)))) AND (((manual) AND ("Cardiopulmonary+Resuscitation"[MH]) OR ((manual AND chest AND compression)) OR ((manual AND cpr))) AND (("Blood+Circulation"[MH]) OR ((rosc))) AND ("Humans"[MH])
```

Risultati

Per il seguente contributo sono stati identificati quattro studi(13,14,15,16).

Per giudicare se includere o meno uno studio è stato letto l'abstract ed in caso di dubbio si è optato per la lettura del full text.

Sono stati inclusi quattro full text tutti di tipo osservazionale.

Il primo individuato è uno studio osservazionale di tipo caso controllo(13) il cui campione consta di 262 persone in arresto cardiaco i quali sono stati assegnati ai due gruppi di trattamento (RCP manuale n=93, A-CPR n=69) in base ai seguenti criteri: età, genere, numero di tentativi di defibrillazione e numero di dosi di farmaci somministrate; i due gruppi di trattamento non riportano differenze statisticamente significative per le variabili appena elencate. Nel gruppo di trattamento con compressioni manuali il ROSC è stato ottenuto nel 29% dei casi mentre nel gruppo di trattamento con A-CPR si è riscontrato ROSC nel 39% dei casi (p=0.003).

È stata effettuata anche una analisi successiva: è stato messo a confronto il gruppo di compressione manuale con quella meccanica stratificando i pazienti in base al ritmo:

- Asistolia/ritmo agonico (p=0.008)(13)

- PEA(attività elettrica senza polso) ($p=0.079$)(13)
- TV senza polso (tachicardia ventricolare)/FV (fibrillazione ventricolare) ($p=0.340$)(13).

Il secondo studio incluso(14) include 938 pazienti di cui 655 nel gruppo di compressioni erogate manualmente mentre i restanti 283 sono stati trattati il LUCAS ed Auto Pulse.

Tra i due gruppi di trattamento sono state individuate alcune caratteristiche che hanno differenza statisticamente significativa: sesso(maggioranza di maschi nel gruppo dei pazienti trattati con compressioni manuali $p<0.001$) età (età media più alta nel gruppo di persone trattati con compressioni manuali $p<0.001$)

Nel primo gruppo si è riscontrato un ROSC nel 30.7% dei casi ($n=201$) mentre nel gruppo dei pazienti trattati con dispositivi meccanici il ROSC è stato riscontrato nel 22.9% ($n=65$), $p=0.017$ (14).

Secondariamente gli autori hanno analizzato la frequenza del ROSC tra LUCAS ed Auto Pulse senza rilevare differenze statisticamente significative tra i due dispositivi ($p=0.539$)(14).

Tra gli outcome secondari gli autori hanno preso in considerazione la performance neurologica dopo 30 giorni dall'arresto cardiaco.

La CPC di 1 e 2 nelle persone trattate con massaggio cardiaco effettuato da operatori è del 78.6% a fronte del 56.8% di coloro trattati dai dispositivi meccanici con un $p=0.009$; anche in questo gli autori hanno stratificato la CPC 1 e 2 per i dispositivi meccanici trattati nello studio senza evidenziare differenze statisticamente significative ($p=0.416$)(14).

Il terzo studio incluso è un osservazionale retrospettivo(15).

Il campione ha una numerosità di 783 adulti in arresto cardiaco indotto da cause non traumatiche; sono stati esclusi coloro che:

- non hanno ricevuto pratiche rianimatorie dai paramedici
- minori di anni 18
- donne gravide
- disabili psichici
- detenuti

Sono stati trattati 499 pazienti con le compressioni manuali e 284 con le compressioni erogate da LBD-CPR; tra i due gruppi non sono emerse differenze statisticamente significative ad eccezione dell'ipotermia post rianimatoria (questo trattamento non è stato utilizzato nelle persone trattate con compressioni toraciche erogate da ope-

ratori contro i 10 pazienti sottoposti a tale trattamento $p<0.001$)(15).

Per quanto riguarda il ROSC da questo studio si evince che i pazienti trattati con RCP manuale rispetto a coloro che sono stati rianimati con LDB-CPR hanno un OR 1.94%(1.38-2.72) 95%CI(15),aggiustato per il tempo di risposta e dell'occorrenza di arresti cardiaci testimoniati dall'EMS(servizio di medico di emergenza).

Per quanto riguarda la sopravvivenza alla dimissione è stato rilevato che coloro i quali siano stati trattati con compressioni toraciche manuali rispetto a coloro siano trattati con LDB-CPR hanno un OR 1.88% (1.23-2.86) 95%CI(15), aggiustato per le differenti risposte temporali, percentuali di arresti cardiaci testimoniati dall'EMS e per l'ipotermia post rianimatoria.

L'ultimo studio preso in considerazione è di tipo osservazionale retrospettivo(16), con una numerosità campionaria di 92 pazienti adulti trasportati eliambulanza; sono stati esclusi i soggetti che:

- Sono tornati in ROSC prima dell'arrivo dell'elicottero sulla scena
- Le rianimazioni definite caritatevoli (hopeless)

Sono stati trattati con compressioni toraciche erogate manualmente 43 persone mentre con Auto Pulse 49 persone.

Tra i due gruppi di trattamento l'unica differenza statisticamente significativa è il tempo di compressione toracica erogata da parte dell'equipe di soccorso senza utilizzo di dispositivi meccanici ($p<0.001$)(16).

Nel gruppo dei trattati con le compressioni manuali il ROSC si è avuto nel 7% mentre nel gruppo dei trattati con Auto Pulse è avvenuto nel 30.6% dei casi ($p=0.007$)(16);gli autori hanno comparato i ritmi di presentazione dell'arresto tra i due gruppi di trattamento senza, tuttavia, identificare una differenza statisticamente significativa ($p=0.549$)(16).

È stata analizzata anche la disabilità neurologica alla dimissione dell'unico paziente sopravvissuto alla dimissione che è stata classificata come OPC I;mentre, nel gruppo dei trattati con Auto Pulse sono sopravvissuti alla dimissione 3 persone le cui disabilità neurologiche sono state classificate in OPC I (2 casi)(16) e OPC 3 (1 caso)(16).

Discussione

Per quanto riguarda la sopravvivenza a breve termine (ROSC) i risultati sono contrastanti e parrebbero essere a favore dei dispositivi meccanici nei ritmi non defibrillabili mentre non sembrano dare alcun beneficio nei ritmi suscettibili di defibrillazione.

È stato messo in evidenza che in alcuni casi inclusi nelle analisi degli studi inclusi alcuni arresti cardiaci sono avvenuti in presenza di persone (sia sanitari che laici) che han-

no effettuato iniziali manovre di rianimazione cardiopolmonare: ci si chiede, a tal proposito, in che misura questo intervento possa avere influenzato i risultati presentati. Inoltre, nessuno degli autori esplica quando parla di astanti in maniera generica (quindi non si sta esaminando l'arresto cardiaco avvenuto in presenza del servizio medico di emergenza) se questi siano laici guidati telefonicamente oppure si tratti di persone con competenza di rianimazione di base o, ancora, di professionisti sanitari presenti casualmente sulla scena.

Non si può non rilevare come in particolari contesti (16) si assista ad un netto favore di ROSC nei pazienti trattati con device per le compressioni toraciche; ciò potrebbe essere indice che tali dispositivi per apportare il massimo beneficio al paziente abbiano bisogno di specifici criteri per il loro utilizzo (ad esempio trasporto su mezzi in movimento dove l'operatore avrebbe difficoltà ad assicurare costantemente compressioni toraciche di elevata qualità); in tal senso, si auspica che vengano elaborati studi clinici.

Non tutti gli studi hanno preso in considerazione la sopravvivenza all'evento primario; tuttavia, quando esaminata fornisce dati a favore delle compressioni toraciche erogate da elettromedicali.

A tale proposito pare opportuno palesare che non sono stati esplicitati i dettagli da nessun autore sui trattamenti post rianimatori ai pazienti; solo in uno studio (15) viene fornito un accenno in tal senso che indica una differenza statisticamente significativa sul gruppo di confronto circa l'ipotermia post arresto; dunque si auspicano maggiori studi circa le compressioni meccaniche versus le compressioni erogate da operatori con trattamenti post rianimatori identici e ben esplicitati al fine di fornire risposte chiare in merito.

Conclusioni

Si ritiene di non avere sufficienti prove di efficacia per concludere che le rianimazioni cardiopolmonari effettuate con dispositivi meccanici di compressione toracica siano associate ad un beneficio od ad un danno.

Si auspica che vengano eseguiti degli RCT al fine di fornire dati di elevata qualità per evidenziare quale intervento sia da preferire per il trattamento di questa condizione acuta e severa.

Bibliografia

1. Gräsner, J.-T. et al. (2016) 'EuReCa ONE 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe', *Resuscitation*, 105, pp. 188–195. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004.
2. Kern, K. B. et al. (1986) 'Twenty-four hour survival in a canine model of cardiac arrest comparing three methods

of manual cardiopulmonary resuscitation', *Journal of the American College of Cardiology*, 7(4), pp. 859–867. doi: 10.1016/S0735-1097(86)80348-5.

3. Ewy, G. A. (2005) 'Cardiocerebral resuscitation: The new cardiopulmonary resuscitation', *Circulation*, 111(16), pp. 2134–2142. doi: 10.1161/01.CIR.0000162503.57657.FA.

4. Maier, G. W. et al. (1984) 'The physiology of external cardiac massage: High-impulse cardiopulmonary resuscitation', *Circulation*, 70(1), pp. 86–101. doi: 10.1161/01.CIR.70.1.86.

5. Kern, K. B. et al. (1986) 'Twenty-four hour survival in a canine model of cardiac arrest comparing three methods of manual cardiopulmonary resuscitation', *Journal of the American College of Cardiology*, 7(4), pp. 859–867. doi: 10.1016/S0735-1097(86)80348-5.

6. Parnell, N. (1999) 'Influence of cardiopulmonary resuscitation prior to defibrillation in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation', *Critical Care*, 1(1). doi: 10.1186/ccf-1999-124.

7. Wik, L. (2003) 'Rediscovering the importance of chest compressions to improve the outcome from cardiac arrest', *Resuscitation*, 58(3), pp. 267–269. doi: 10.1016/S0300-9572(03)00267-3.

8. Wik, L. (2003) 'Rediscovering the importance of chest compressions to improve the outcome from cardiac arrest', *Resuscitation*, 58(3), pp. 267–269. doi: 10.1016/S0300-9572(03)00267-3.

9. Foo, N.-P. et al. (2013) 'A stabilization device to improve the quality of cardiopulmonary resuscitation during ambulance transportation: a randomized crossover trial', *Resuscitation*, 84(11), pp. 1579–84. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.06.015.

10. Olasveengen, T. M., Wik, L. and Steen, P. A. (2008) 'Quality of cardiopulmonary resuscitation before and during transport in out-of-hospital cardiac arrest', *Resuscitation*, 76(2), pp. 185–190. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007.07.001.

11. Olasveengen, T. M., Wik, L. and Steen, P. A. (2008) 'Quality of cardiopulmonary resuscitation before and during transport in out-of-hospital cardiac arrest', *Resuscitation*, 76(2), pp. 185–190. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007.07.001.

12. Havel, C. et al. (2007) 'Quality of closed chest compression in ambulance vehicles, flying helicopters and at the scene', *Resuscitation*, 73(2), pp. 264–270. doi: 10.1016/j.resuscitation.2006.09.007.

13. Casner, M., Andersen, D. and Isaacs, S. M. (2005) 'The impact of a new CPR assist device on rate of return of spontaneous circulation in out-of-hospital cardiac arrest', *Prehospital Emergency Care*, 9(1), pp. 61–67. doi: 10.1080/10903120590891714.

14. Zeiner, S. et al. (2015) 'Mechanical chest compression does not seem to improve outcome after out-of-hospital cardiac arrest. A single center observational trial', *Resuscitation*, 96, pp. 220–225. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.051.
15. Ong, M. E. H. et al. (2006) 'Use of an Automated, Load-Distributing Band Chest Compression Device for Out-of-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation', *Jama*, 295(22), pp. 2629–2637. doi: 10.1001/jama.295.22.2629.
16. Ohmori, K. et al. (2013) 'The analysis of efficacy for AutoPulse™ system in flying helicopter', *Resuscitation*, 84(8), pp. 1045–1050. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.01.014.

Competenze digitali e infermiere: una revisione della letteratura

Digital Skills and Nursing: Literature Review

Silvia Rosso

Infermiera Coordinatrice, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

Abstract:

Background: La digitalizzazione è un fenomeno globale che comporta la rapida integrazione della tecnologia digitale in aspetti sempre più diversi della vita personale e professionale, incluso l'ambito sanitario. Al fine di migliorare qualità ed efficienza dell'assistenza sanitaria attraverso l'uso delle tecnologie digitali, è essenziale quindi che tutti gli operatori sanitari possiedano le conoscenze specifiche e necessarie per utilizzare in modo sicuro tali tecnologie e che ne abbiano pieno accesso. In questo contesto, il ruolo dell'infermiere è quello di promuovere ed integrare il suo operato di cura anche attraverso la digitalizzazione e le soluzioni tecnologiche, al fine di migliorare la comunicazione, l'informazione e l'educazione sanitaria dell'assistito. La definizione delle competenze informatiche (CI) infermieristiche e le modalità con le quali queste debbano essere valutate ed integrate nell'ambito della formazione infermieristica è oggetto attuale di discussione e ricerca.

Obiettivo dello studio: L'obiettivo di questa revisione è quello di definire, nell'ambito della letteratura, la competenza informatica infermieristica e individuare quali sono gli strumenti per valutarla, analizzando in maniera critica gli studi al fine di individuare gli eventuali ostacoli e/o facilitatori che in questo momento possono impedire e/o promuovere lo sviluppo delle competenze informatiche degli infermieri in attività.

Metodi: La scoping review si propone di rispondere alla seguente domanda di ricerca: Come sono definite e valutate le competenze informatiche infermieristiche in letteratura? La revisione è stata condotta utilizzando la metodologia del Joanna Briggs Institute, e ha preso in considerazione studi che includono infermieri in attività, indipendentemente dalla loro età, sesso, anni di esperienza lavorativa e specialità (popolazione). L'ambito di interesse è rappresentato dalle competenze in ambito infermieristico in tutti i tipi di studi di ricerca. Inoltre, sono stati inclusi studi condotti in ogni struttura sanitaria o servizio, dall'assistenza primaria a quella terziaria.

Risultati: Sono stati inclusi 13 studi su 36 presi in esame. I risultati emersi degli studi inclusi evidenziano innanzitutto

l'esigenza di una definizione di competenza informatica infermieristica anche nella declinazione dei ruoli professionali; gli strumenti fino ad ora validati ed utilizzati per valutarla e i fattori che la influenzano sono emersi essere eterogenei.

Discussione: Nell'ambito della letteratura, emerge che le competenze informatiche sono ormai divenute requisito necessario per la professione infermieristica già all'interno dei curricula e che è necessario implementare sia la formazione di base sia la formazione post base soprattutto per gli infermieri in attività. Le variabili/ostacoli principali da cui dipende la formazione e l'aggiornamento, sono l'età, il tempo a disposizione sia a lavoro sia nella vita privata da impiegare al computer, il genere, e il livello di istruzione pregresso.

Conclusioni: Le conclusioni di questa revisione portano ad un'esigenza formativa per implementare le competenze informatiche già esistenti, in particolar modo verso gli infermieri in attività per compensare il divario esistente con la nuova generazione emergente di infermieri più giovani, anche se varrebbe la pena valutare il grado di competenza sulla popolazione di infermieri studenti. L'età è sicuramente una variabile inversamente proporzionale rispetto al livello di competenza informatiche degli infermieri e il livello di istruzione anche. Le scale di valutazione esaminate nascono in lingua inglese viene quindi spontaneo auspicare una validazione in italiano o addirittura una scala di valutazione italiana per valutare le competenze informatiche nel nostro paese in base anche alle risorse digitali disponibili per l'applicazione degli infermieri sia durante le ore lavorative sia a casa.

Parole chiave: Competence, informatic, nurse, technology, digital.

Abstract:

Background: Digitalization is a global phenomenon that involves the rapid integration of digital technology into increasingly diverse aspects of personal and professional life, including healthcare. In order to improve the quality and efficiency of healthcare through the use of digital

technologies, it is therefore essential that all healthcare professionals have the specific and necessary knowledge to safely use these technologies and that they have full access to them. In this context, the role of the nurse is to promote and integrate his or her care work also through digitalization and technological solutions, in order to improve communication, information and health education of the patient. The definition of nursing IT skills and the ways in which they should be assessed and integrated in the context of nursing education is currently the subject of discussion and research.

Objective of the study: The aim of this review is to define, in the context of the literature, the nursing informatics competence and to identify what are the tools to evaluate it, critically analyzing the studies in order to identify the possible obstacles and/or facilitators that may prevent and/or promote the development of the computer skills of nurses in practice.

Methods: The scoping review aims to answer the following research question: How are nursing computer skills defined and evaluated in the literature? The review was conducted using the Joanna Briggs Institute methodology, and considered studies that include working nurses, regardless of their age, gender, years of work experience, and specialty (population). The area of interest is represented by nursing skills in all types of research studies. In addition, studies conducted in every health facility or service, from primary to tertiary care, were included.

Results: 13 of the 36 studies reviewed were included. The results of the included studies highlight first of all the need for a definition of nursing IT competence also in the declination of professional roles; The tools validated and used to evaluate it so far and the factors influencing it have emerged to be heterogeneous.

Discussion: In the literature, it emerges that computer skills have now become a necessary requirement for the nursing profession already within the curricula and that it is necessary to implement both basic and post-basic training especially for active nurses. The main variables/obstacles on which training AND updating depend are age, time available both at work and in private life to be spent on the computer, gender, and the level of previous education.

Conclusions: The conclusions of this review lead to a training need to implement existing e-skills, especially for active nurses to compensate for the existing gap with the new emerging generation of younger nurses, although it would be worthwhile to assess the degree of competence on the student nurse population. Age is certainly a variable inversely proportional to the level of computer skills of nurses and the level of education as well. The evaluation scales examined are born in English, so it is natural to hope for a validation in Italian or

even an Italian evaluation scale to evaluate IT skills in our country, also based on the digital resources available for the application of nurses both during working hours and at home.

Keywords: Competence, informatic, nurse, technology,digital.

Introduzione

La digitalizzazione è un fenomeno globale che comporta la rapida integrazione della tecnologia digitale in aspetti sempre più diversi della vita professionale e personale. Le soluzioni digitali e tecnologiche (DTS) stanno diventando sempre più prevalenti nell'ambito sanitario. Gli elementi di questa tendenza includono la digitalizzazione di numerosi servizi e pratiche sanitarie che consentono, per esempio, lo sviluppo e la fornitura di salute mobile (*mobile health, mHealth*), la tecnologia dell'informazione sanitaria (IT), i dispositivi indossabili, la telemedicina, i portali sanitari e la medicina personalizzata. In questo contesto, l'applicazione degli strumenti digitali è finalizzata a un miglioramento della salute dei cittadini, dell'efficienza e della produttività in ambito sanitario, nonché a un maggiore valore economico e sociale della salute. (1)

A partire dal 2004 la Commissione Europea ha adottato un piano d'azione (chiamato *eHealth*) con l'obiettivo di migliorare qualità ed efficienza dell'assistenza tra gli stati membri attraverso l'uso delle tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione sanitaria. (2) Questo piano ha anche l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di salute, facilitare l'inclusione sociale e migliorare la qualità della vita e l'*empowerment* del paziente. Uno degli elementi essenziali, tra gli altri, per la realizzazione dell'*eHealth* prevede che gli operatori sanitari possiedano delle conoscenze specifiche e necessarie in questo ambito per utilizzare in modo sicuro le tecnologie digitali e che abbiano pieno accesso. (2) All'inizio del 2019, la Topol Review, uno studio indipendente commissionato dal Dipartimento della Salute e dell'Assistenza Sociale del Regno Unito, ha fornito una serie di raccomandazioni "per preparare il personale sanitario a integrarsi nel futuro digitale". Il documento delinea come la trasformazione tecnologica cambierà probabilmente la pratica medica, le funzioni e il ruolo del personale e sottolinea come la fornitura di servizi sanitari e la formazione del personale clinico dovrebbero essere ristrutturati per abbracciare al meglio l'innovazione digitale. (3)

La competenza digitale consiste "nel saper utilizzare con dimestichezza e spirito critico le tecnologie della società dell'informazione (TSI) per il lavoro, il tempo libero e la comunicazione". Essa è supportata da abilità di base nelle strategie tecnologiche e digitali (DTS): l'uso del computer per reperire, valutare, conservare, produrre, presentare e scambiare informazioni nonché per comunicare

e partecipare a reti collaborative tramite Internet (4). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la competenza nella digitalizzazione come parte del capitale umano che richiede un'educazione perpetua per mantenere le competenze esistenti in linea con lo sviluppo tecnologico e le nuove conoscenze (5). Il concetto di sanità Digitale può essere definito come l'applicazione di competenze teoriche, tecnologiche e metodologiche per risolvere problemi di prevenzione, diagnosi e trattamento della salute attraverso l'integrazione della tecnologia digitale nell'assistenza sanitaria (6). Nel comparto della Sanità lavorano circa 691.000 persone (dati 2018). Medici (16,6%) e personale infermieristico (41,1%), insieme, rappresentano più della metà degli occupati di questo settore; Secondo il *Rapporto annuale 2020 dell'ISTAT*, tra i medici il 60,4% degli uomini ha più di 55 anni, mentre quasi quattro su dieci superano i 60. Solo il 36% delle donne ha più di 55 anni e circa la metà ha un'età compresa tra 40 e 55 anni. Tra gli infermieri, uno su quattro è over 55 e l'età media è pari a 48,2 anni. Evidente che non stiamo parlando di nativi digitali. La rapida diffusione della Sanità Digitale e il miglior uso dell'innovazione tecnologica nei processi sanitari ha bisogno di formazione, che significa trasmissione di conoscenza e competenze, insieme a differenti modi di pensare (7).

Il ruolo dell'infermiere è quello di promuovere ed integrare il suo operato di cura anche attraverso la digitalizzazione e le soluzioni tecnologiche, al fine di migliorare la comunicazione, l'informazione e l'educazione sanitaria dell'assistito, come riportato nel codice deontologico. T. S. Richmond afferma: "La maggior parte delle persone vede gli infermieri solo come *caregivers*", "Non pensano davvero agli infermieri come innovatori. Tantomeno all'impatto che l'assistenza infermieristica può avere quando viene applicata alla creazione di soluzioni sanitarie innovative e orientate alla ricerca. Ogni prodotto e processo che tocca un paziente passa attraverso un infermiere"(8). La definizione delle competenze informatiche infermieristiche è un quesito di ricerca attuale. Definire le competenze informatiche degli infermieri.

All'interno delle organizzazioni sanitarie costituite da professionisti, i ruoli sono sempre più complessi: oggi il lavoro non è composto da una serie di compiti da svolgere sulla base di procedure, ma tende a conseguire risultati sulla base di scelte e decisioni. Nella gestione per competenze, al centro dell'attenzione vi è la persona con le sue conoscenze, la sua esperienza, la predisposizione, la motivazione e la sua creatività. Una costante formazione accuratamente mirata rappresenta la condizione indispensabile affinché gli operatori sanitari acquisiscano e perfezionino la capacità di auto-organizzarsi, auto-dirigersi e assumersi la piena responsabilità della qualità del loro lavoro. Essi non si limitano ad acquisire risorse come le conoscenze

o capacità di risolvere i problemi, ma si sforzano di adeguarle praticamente alle singole situazioni e alle richieste e aspettative dei soggetti con cui si trovano ad interagire (9). Tra i cambiamenti chiave nell'ambiente ci sono la crescente acuità dei pazienti in tutti i contesti, l'introduzione e l'evoluzione della cartella clinica elettronica, l'espansione della telemetria e della tecnologia dei letti intelligenti, l'aumento dell'uso del monitoraggio video e della telemedicina(10).

AICA (Associazione Italiana per l'Informatica ed il Calcolo Automatico) ha deciso quindi di promuovere l'Osservatorio sulle Competenze Digitali in Sanità, unico in Italia, che coinvolga Associazioni mediche di settore, professionisti della Sanità, ordini professionali, Università e istituzioni interessate al tema. L'obiettivo è quello di analizzare e verificare - tramite confronto soprattutto con le Professioni Sanitarie e con qualificati operatori del settore - lo stato dell'arte e le diverse tipologie di competenze e conseguenti percorsi di formazione richiesti per le diverse figure coinvolte nel processo - differenziabili tra competenze digitali di base per tutti gli Utenti, competenze digitali specialistiche per gli Addetti ai lavori e competenze di e-leadership - intese come capacità di utilizzare al meglio le tecnologie digitali all'interno di qualsiasi tipo di organizzazione e di introdurre innovazione digitale nello specifico settore di mercato in cui si opera a supporto del miglioramento e dell'innovazione del Sistema Sanitario (11).

Le competenze informatiche infermieristiche (cioè conoscenze e abilità nella documentazione elettronica e strutturata) sono quindi diventate un prerequisito necessario affinché gli infermieri possano svolgere i loro ruoli professionali. Pertanto, vi è una necessità globale di integrare l'informatica infermieristica nei curricula infermieristici (12). La mancanza di competenze sufficienti nell'informatica infermieristica e le modalità con le quali questa debba essere integrata nella formazione infermieristica è oggetto attuale di discussione e ricerca.

Obiettivo dello studio:

L'obiettivo di questa revisione è quello di definire, nell'ambito della letteratura, la competenza informatica infermieristica e individuare quali sono gli strumenti per valutarla, analizzando in maniera critica gli studi al fine di individuare gli eventuali ostacoli e/o facilitatori che in questo momento possono impedire e/o promuovere lo sviluppo delle competenze informatiche degli infermieri in attività. Attraverso l'individuazione dei fattori che influenzano l'acquisizione della competenza informatica infermieristica, sarà possibile quindi stabilire i gap da colmare e i fattori da implementare per far sì che la competenza informatica infermieristica venga considerata un requisito nei curricula degli infermieri in attività, declinandola in futuro nei diversi ruoli al fine di ottimizzare l'assistenza alla persona

in linea con i progressi dei sistemi sanitari elettronici al servizio dell'utente sia nella prevenzione sia nella cura.

Metodi:

La *scoping review* proposta è stata condotta utilizzando la metodologia del Joanna Briggs Institute (JBI) (13). Due revisori indipendenti hanno partecipato ad un processo iterativo di screening della letteratura, selezionando i documenti ed estraendo i dati. I disaccordi tra i revisori sono stati affrontati attraverso la discussione fino a quando non è stato stabilito un consenso o, se necessario, attraverso la consultazione con il gruppo di lavoro dello studio. Come indicato nelle linee guida della JBI, i risultati sono stati forniti e visualizzati in forma di tabella, insieme a riassunti narrativi.

Le caratteristiche distintive delle *scoping review*, che permettono di distinguerle dalle revisioni narrative, sono le seguenti: i) la presenza di un protocollo; ii) la conduzione secondo criteri di ricerca esaustivi; iii) la loro trasparenza e riproducibilità; iv) così come le revisioni sistematiche, prevedono step prestabiliti attraverso cui viene ridotto l'errore e aumentata l'affidabilità (l'inclusione di molteplici revisori, per esempio, permette di condurre alcune fasi del lavoro in cieco); v) i dati estratti sono presentati in modo strutturato(3).

Domanda di ricerca:

Come sono definite e valutate le competenze informatiche infermieristiche in letteratura?

Popolazione, ambito di interesse e contesto:

La *scoping review* proposta ha preso in considerazione studi che includono infermieri in attività, indipendentemente dalla loro età, sesso, anni di esperienza lavorativa e specialità (popolazione). L'ambito di interesse per la *scoping review* proposta è rappresentato dalle DTS in ambito infermieristico in tutti i tipi di studi di ricerca. Questa revisione ha preso in considerazione studi in ogni struttura sanitaria o servizio, dall'assistenza primaria a quella terziaria (contesto).

Studi eleggibili:

È stata inclusa sia la letteratura scientifica quantitativa sia qualitativa sulle DTS in ambito infermieristico che la letteratura grigia. Solo la letteratura scritta in inglese è stata considerata per l'inclusione nella revisione.

I seguenti disegni di studio e articoli sono stati inclusi nella revisione: Revisioni sistematiche, meta-analisi, *scoping review*, documenti di sintesi, revisioni narrative; Disegni di studio sperimentali e quasi-sperimentali; Studi di sviluppo e validazione (strumenti/strumenti/scale); Studi osservativi quantitativi descrittivi e analitici; Studi qualitativi che utilizzano, per esempio, la *grounded theory*, la fenomenologia, e disegni di studio come l'etnografia, la ricerca d'azione e le descrizioni qualitative; Lettere agli editori, articoli di opinione professionali, o protocolli di ricerca pubblicati

disponibili.

Banche dati e fonti aggiuntive:

Per la ricerca sono stati consultati le date banche MEDLINE, CINAHL, Embase, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, PROSPERO e PsycINFO alla ricerca di articoli e protocolli di ricerca rilevanti, pubblicati e sottoposti a peer review e protocolli di ricerca sull'argomento. La ricerca della letteratura grigia includerà ricerche su fonti elettroniche come OpenGrey, ResearchGate e Google Scholar.

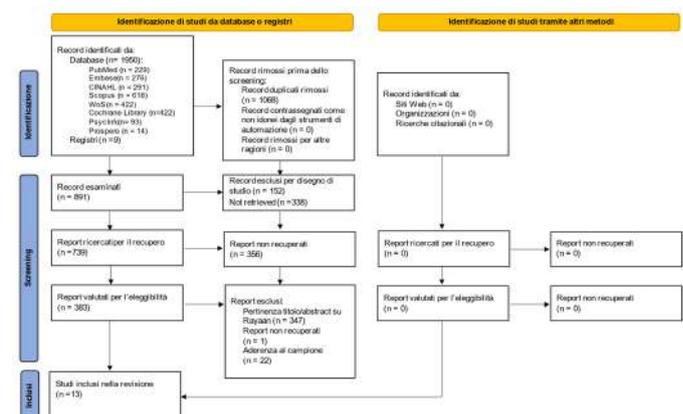
Strategia di ricerca:

La strategia di ricerca è stata costruita allo scopo di individuare sia gli studi pubblicati che quelli non pubblicati. Una ricerca iniziale, limitata di MEDLINE e CINAHL è stata intrapresa per identificare articoli sull'argomento e definire le parole chiave. Le parole di testo contenute nei titoli e negli abstract degli articoli pertinenti, i termini dell'indice e termini usati per descrivere gli articoli sono stati usati per sviluppare una strategia di ricerca completa. La strategia di ricerca, comprese tutte le parole chiave identificate e i termini dell'indice, è stata adattata per ogni fonte di informazione inclusa.

Selezione degli studi:

Tutti gli articoli identificati sono stati raccolti e caricati nel reference manager Zotero (14) e i duplicati rimossi dopo la ricerca. Due revisori indipendenti hanno esaminato i titoli e gli abstract per valutare i criteri di inclusione della rivista utilizzando Rayyan (15). Il testo completo dei documenti selezionati è stato valutato in dettaglio rispetto ai criteri di inclusione da due revisori indipendenti. Le ragioni per l'esclusione degli studi a testo completo che non hanno soddisfatto i criteri di inclusione sono state registrate e riportate nella revisione. I disaccordi tra i revisori sono stati affrontati tramite discussione fino a stabilire un consenso o, se necessario, attraverso la consultazione con il gruppo di lavoro dello studio. I risultati della ricerca sono stati riportati per intero nella revisione finale dello *scoping* e presentati nella Figura 1 che riporta la flowchart del Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (16).

Figura 1. PRISMA flowchart



Estrazione dei dati:

I dati sono stati estratti dai documenti inclusi nella revisione da due revisori indipendenti utilizzando uno strumento di estrazione dei dati sviluppato dai revisori. I dati estratti includono i dettagli specifici sulla popolazione, il concetto, il contesto, i metodi di studio e i risultati chiave rilevanti per l'obiettivo della revisione.

Inclusione:

Sono stati inclusi 13 studi dei 36 precedentemente presi in esame come rappresentato nel PRISMA. È stato impostato uno schema prendendo in considerazione le seguenti voci: Autore, Anno di pubblicazione, Paese di origine, Popolazione/dimensione del campione, Tipo di studio, Sintesi dei risultati.

Risultati:

Sono stati selezionati come riportato nel PRISMA 13 studi, in accordo con il quesito di ricerca e con la metodica PCC, sono state individuate tre macroaree:

1. Necessità di determinare le competenze infermieristiche,
2. Scale di valutazione delle competenze digitali degli infermieri,
3. Fattori che influenzano l'acquisizione delle competenze (facilitatori/barriere).

1) Tutti i 13 studi inclusi nella revisione sono concordi nella necessità di individuare, determinare e mappare le competenze informatiche infermieristiche, la determinazione delle competenze informatiche infermieristiche si rende necessaria anche per definire le nuove metodologie di apprendimento.

2) Analizzando la letteratura esistente rispetto alle competenze digitali degli infermieri; se la definizione dipende da diverse variabili e assume diverse sfaccettature la valutazione è presa in considerazione da tre studi inclusi nella revisione che riguardano la validazione e l'applicabilità di schede di valutazione. La C-NICAS (Canadian Nurse Informatics Competency Assessment Scale) e il TIGER-based Assessment of Nursing Informatics Competencies (TANIC).

3) È stata osservata una relazione significativa tra età e familiarità con i computer e competenze informatiche di base e livello d'istruzione, la competenza informatica degli infermieri migliora con il numero settimanale di ore di uso del computer al lavoro e trascorse online, sia a casa che al lavoro.

Discussione:

Questa revisione si pone come obiettivo quello di definire le competenze informatiche infermieristiche, individuarne gli strumenti di valutazione e analizzare i fattori che le influenzano al fine di identificare se esistono elementi che ne facilitino o ostacolino lo sviluppo. I risultati emersi dagli studi inclusi evidenziano l'esigenza di definire al meglio la competenza informatica infermieristica anche

rispetto alla declinazione dei diversi ruoli professionali. Tutti gli studi inclusi nella revisione concordano sulla necessità che la professione infermieristica debba includere competenze informatiche che sono diventate essenziali per l'assistenza e la cura delle persone.

Al fine di garantire una adeguata acquisizione delle CI da parte dei professionisti infermieri, l'ambito delle competenze digitali deve quindi essere oggetto di studio e formazione, al pari della formazione di altre competenze infermieristiche. Dalla formazione, infatti, discendono le competenze e programmare una formazione in ambito digitale significa pianificare una generazione di competenze nuove, evolute e in grado di garantire un ulteriore progresso. La competenza informatica è stata messa in rapporto a diversi fattori predisponenti o che sono ostacolo per l'acquisizione delle CI come l'età, il livello di istruzione, intesa come formazione infermieristica di base (diploma professionalizzante, laurea triennale, master di primo e secondo livello e laurea magistrale); queste due variabili vengono riportate come incisive nell'acquisizione delle CI, l'età è direttamente proporzionale alle CI, sia per la facilità che i giovani hanno nell'imparare sia per il livello di istruzione più aggiornato rispetto all'utilizzo dell'informatizzazione delle cure, il livello di studi inoltre fornisce una più accurata formazione e preparazione in ambito informatico.

Sono state analizzate due scale di valutazione, entrambe sono schede autovalutative delle competenze, prevedono item per misurare sia le competenze sia caratteristiche sociodemografiche ma soprattutto per definire livelli di competenza da principiante ad esperto.

Limiti dello studio:

Il principale limite del presente studio è costituito dalla sua natura preliminare e dalla scarsa generalizzabilità dei risultati. I contributi selezionati sono stati di esclusiva natura infermieristica e l'approccio di revisione di stampo narrativo è solamente prodromico a potenziali studi di natura sistematica (revisione sistematica con metanalisi) o sperimentale.

Conclusioni:

In conclusione, la digitalizzazione in sanità ha assunto un ruolo fondamentale per l'evoluzione dei processi sanitari e per la cura del paziente. Tra le figure delle professioni sanitarie, la figura dell'infermiere è essenziale per l'erogazione di assistenza e cura della persona. Nell'ambito della letteratura, emerge che le CI sono ormai divenute requisito necessario per la professione infermieristica già all'interno dei curricula e che è necessario implementare sia la formazione di base sia la formazione post base soprattutto per gli infermieri in attività, considerando un grado di istruzione infermieristica non omogenea.

In considerazione dell'età media degli infermieri italiani, una grossa parte non ha formazione universitaria, questo significa che bisognerebbe implementare la formazione

aziendale sull'utilizzo delle risorse digitali, incentivando anche l'acquisizione di competenze informatiche mettendo a disposizione gli strumenti per esercitarsi. L'individuazione di questi fattori, oltre agli elementi necessari per incentivare l'utilizzo, è il requisito fondamentale per l'evoluzione dei processi sanitari e per migliorare l'assistenza infermieristica e la cura del paziente.

Bibliografia:

1. Konttila J, Siira H, Kyngäs H, Lahtinen M, Elo S, Kääriäinen M, et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28(5–6):745–61.
2. Consiglio Europeo. Sanità elettronica – migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica. Comunicazioni del consiglio CE 2004..
3. Parlamento europeo. Plasmare la trasformazione digitale: spiegazione della strategia dell'UE. 2023.
4. Raccomandazione del Consiglio, sui percorsi di miglioramento del livello delle competenze: nuove opportunità per gli adulti. 19 dicembre 2016.
5. Fucci M. The Digital Competence Framework 2.0 .EU Science Hub - European Commission. 2015.
6. Zhang S, Liao R, Alpert J, Kong J, Spetzger U, Milia P, et al. Digital medicine: Emergence, definition, scope, and future. *Digit Med*. 2018;4(1):1.
7. European commission. Shaping Europe's digital future The Digital Economy and Society Index (DESI). 2022.
8. Scarpinati S. Saranno gli infermieri a guidare l'innovazione e la trasformazione digitale? - Salute Digitale in Italia, Digital Health Italia. 2019.
9. Zardironi B, Petrucco C. Narrative digitali per lo sviluppo e condivisione delle competenze professionali infermieristiche: l'esperienza della scuola di sanità. *Italian Journal of Educational Technology*. 2021.
10. Needleman J. Aumentare l'acuità, aumentare la tecnologia e le mutevoli esigenze degli infermieri. *Nursing Economics*; Vol. 31, Fasc. 4, 2013: 200-2
11. Romigi G. Telenursing e Telemedicina: un'analisi delle criticità e delle prospettive future. 2019.
12. Kaihlanen A, Gluschkoff K. Nursing informatics competences of Finnish registered nurses after national educational initiatives: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 1 novembre 2021.
13. Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020.
14. Zotero. Roy Rosenzweig Center for History and New Media. <https://chnm.gmu.edu/zotero/>. Accessed 1 febbraio 2022.
15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. dicembre 2016;5(1):1–10.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews* 2021;10:89

L'Assistenza Infermieristica nell'ottica dell'Antropologia: Comprendere le Differenze Culturali nella Cura dei Pazienti

Nursing Care from an Anthropological Perspective: Understanding Cultural Differences in Patient Treatment

Dabija Stefan, infermiere, libero professionista

Abstract

Introduzione: Nel campo dell'assistenza infermieristica gli infermieri dovrebbero fornire cure complete pazienti, tenendo conto sia dell'aspetto fisico ma anche della dimensione psicologica, sociale, culturale. Con l'aumento dell'immigrazione verificatasi negli ultimi anni in Italia, l'infermiere, come altri operatori sanitari, si trova a fronteggiare una sfida non semplice da gestire. Operatori sanitari devono affrontare le differenze culturali e linguistiche per fornire l'assistenza alle persone che richiedono l'accesso ai servizi sanitari; queste differenze possono influenzare la diversificazione dei bisogni, la comunicazione, e la gestione del dolore con esiti negativi sia per chi assiste che per chi viene curato. È in questo contesto che l'antropologia ha acquisito un'importanza sempre maggiore, essa si pone l'obiettivo di comprendere e analizzare gli aspetti socioculturali legati alle differenze biologiche e ai processi di salute e malattia. L'applicazione dell'antropologia potrebbe ridurre il divario tra infermiere e paziente con una cultura diversa, favorire la comunicazione e migliorare di conseguenza il setting di cura. Questo studio mira ad indagare e verificare sull'esistenza di un divario tra paziente e infermiere, correlato all'esistenza di barriere culturali o linguistiche, e su pensieri e conoscenze degli infermieri riguardo esse.

Materiali e Metodi: È stata effettuata una revisione sistematica, per individuare gli articoli pubblicati, che ha previsto la consultazione della banca dati PubMed per rispondere ai quesiti posti. Sono stati selezionati 8 articoli ritenuti pertinenti ai fini dello studio, per la ricerca sono stati applicati i seguenti filtri: anno di pubblicazione dell'articolo compreso tra 2019 e 2023, full text.

Risultati: Dall'analisi svolta, prendendo in considerazione un campione di otto articoli, è emersa una difficoltà da parte degli operatori sanitari nel creare un rapporto interpersonale con il paziente, a causa delle barriere linguistiche o religiose esistenti; queste hanno comportato un disagio nel paziente, inficiando sul risultato dell'assistenza sanitaria.

Conclusioni: Lo studio evidenzia le sfide nell'assistenza sanitaria dovute alle barriere linguistiche e culturali con pazienti di diverse culture. L'uso dell'antropologia applicata alla professione infermieristica può ridurre il divario attraverso corsi di formazione supportati da antropologi esperti per il personale sanitario, con lo scopo di favorire la comprensione delle credenze e rispettare le aspettative dei pazienti e instaurare una comunicazione efficace. L'apprendimento delle lingue è fondamentale per ridurre il divario linguistico. Si suggeriscono corsi di formazione linguistica su base volontaria oppure l'introduzione di un software per la traduzione simultanea durante la conversazione con il paziente. La riduzione del divario linguistico e culturale è essenziale per una buona assistenza sanitaria e rappresenta un potenziale campo di ricerca promettente per futuro.

Parole chiave: Assistenza infermieristica, barriere linguistiche, religione.

Abstract

Introduction: In the field of nursing, nurses should provide comprehensive care to patients, taking into account not only the physical aspect but also the psychological, social, and cultural dimensions. With the increase in immigration in recent years in Italy, nurses, like other healthcare professionals, face a challenging task. Healthcare professionals must confront cultural and linguistic differences to provide assistance to individuals seeking access to healthcare services. These differences can impact the diversification of needs, communication, and pain management, leading to negative outcomes for both the caregiver and the patient. It is in this context that anthropology has gained increasing importance. Its goal is to understand and analyze the sociocultural aspects related to biological differences and health and illness processes. The application of anthropology could potentially bridge the gap between nurses and patients from different cultures, facilitate communication, and consequently improve the care setting. This study aims to investigate and assess the existence of

a gap between patients and nurses related to cultural or linguistic barriers. It also seeks to explore the thoughts and knowledge of nurses regarding these barriers.

Materials and Methods: A systematic review was conducted to identify published articles, involving the consultation of the PubMed database to address the posed questions. Eight articles deemed relevant for the study were selected. The following filters were applied in the search: the article's publication year between 2019 and 2023, and availability of the full text.

Results: From the analysis of the selected sample of 8 articles, it became evident that healthcare professionals encountered difficulties in establishing interpersonal relationships with patients due to existing linguistic or religious barriers. These barriers led to discomfort in patients, impacting the outcome of healthcare.

Conclusions: The study highlights the challenges in healthcare arising from linguistic and cultural barriers with patients from diverse cultures. The use of applied anthropology in nursing can narrow the gap through training programs supported by experienced anthropologists for healthcare staff. The goal is to enhance understanding of beliefs, respect patient expectations, and establish effective communication. Language learning is crucial for bridging the linguistic gap. Voluntary language training courses or the introduction of translation software for real-time conversations with patients are suggested. The reduction of linguistic and cultural gaps is essential for providing quality healthcare and represents a promising field for future research.

Keywords: Nursing, linguistic barrier, religion.

Introduzione e obiettivi dello studio

Nel campo dell'assistenza infermieristica, spesso si tende a pensare che il compito principale degli infermieri sia la somministrazione di farmaci e la gestione delle procedure mediche. Tuttavia, il ruolo degli infermieri è molto più ampio e complesso. Gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nel fornire cure complete ai pazienti, tenendo conto non solo dei loro aspetti fisici, ma anche delle dimensioni psicologiche, sociali e culturali. Secondo le Elaborazioni e stime ISMU su dati ISTAT, al 1° gennaio 2021 il totale degli stranieri presenti in Italia è di 5.756.000 provenienti principalmente dai seguenti paesi: Romania, Albania, Marocco, Filippine, India, Bangladesh, Egitto, Pakistan. Le religioni professate diverse da quella Cattolica, sono Cristiano-Ortodossa, Cristiano Protestante, Musulmana, Induista, Buddista, la Ciakkista e le varie confessioni animiste (1). Le differenze culturali giocano un ruolo fondamentale nell'esperienza di malattia e nella percezione della cura

tra i pazienti; queste possono influenzare aspetti chiave dell'assistenza infermieristica, come la comunicazione con i pazienti, la comprensione dei loro bisogni, la gestione del dolore e la prescrizione di farmaci. Senza una consapevolezza e una comprensione delle dimensioni culturali, gli infermieri rischiano di non essere in grado di fornire un'assistenza efficace e centrata sul paziente. È in questo contesto che l'antropologia ha acquisito una rilevanza sempre maggiore.

L'antropologia medica è una delle branche più dinamiche e sperimentali nell'ambito delle discipline antropologiche. Nasce dall'unione di teoria e impegno sociale, con l'obiettivo di orientare la ricerca antropologica verso la comprensione e l'analisi degli aspetti socioculturali legati all'esperienza del corpo e ai processi di salute e malattia. Questo campo si concentra sulla pratica etnografica, cercando di integrare costantemente la dimensione biologica con quella sociale, valutando le condizioni storico-culturali, politico-economiche e sanitarie specifiche in contesti temporali particolari.

A livello internazionale, l'antropologia medica copre una vasta gamma di interessi e argomenti di studio, comprendendo la ricerca dei disagi, delle malattie e dei vari sistemi di protezione della salute. Esamina anche le pratiche terapeutiche e di cura, analizzando costantemente l'interazione tra le dimensioni locali e le prospettive globali. L'applicazione dell'antropologia potrebbe ridurre il divario tra infermiere e paziente con una cultura diversa, favorire la comunicazione e migliorare di conseguenza il setting di cura. Questo studio è nato per verificare l'esistenza di barriere linguistico/culturali tra paziente e infermiere.

Le domande a cui si è voluto rispondere sono: Esiste un divario tra paziente e infermiere correlato all'esistenza di barriere culturali o linguistiche? Quali sono i pensieri degli infermieri sulle barriere culturali / linguistiche? Quali sono le conoscenze degli infermieri in merito a culture diverse dalla propria?

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione della letteratura utilizzando la banca dati Pubmed mirata ad evidenziare la relazione tra il personale infermieristico, il paziente non comunitario e le barriere linguistiche, religiose, culturali insorte durante l'assistenza.

Per la ricerca sono state utilizzate le seguenti parole chiave: ("Nursing") AND ("Linguistic barrier"), con i seguenti filtri: criterio di tempo di cinque anni, full text e ("Nursing") AND ("Religion"), con i seguenti filtri: criterio di tempo di 5 anni, full text. Di seguito è illustrato il diagramma utilizzato per la selezione degli articoli.

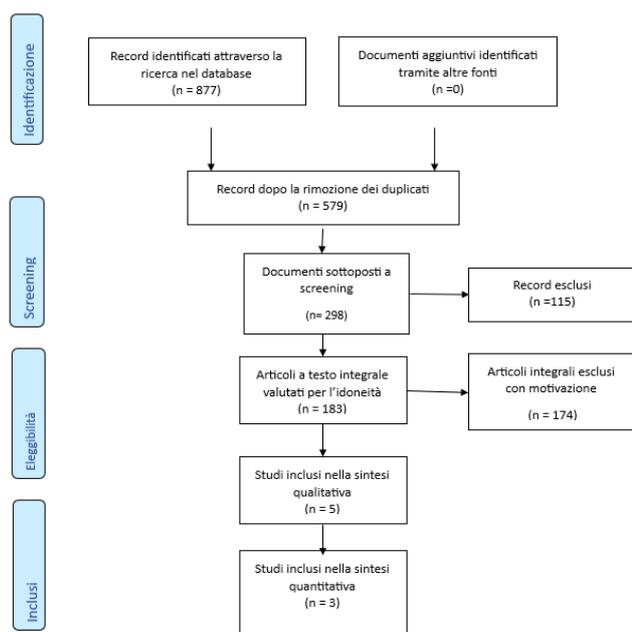


Table I The PRISMA Statement.

Risultati

Dall'analisi svolta, prendendo in considerazione un campione di otto articoli, è emersa una difficoltà da parte degli operatori sanitari nel creare un rapporto interpersonale con il paziente, a causa delle barriere linguistiche o religiose esistenti, che hanno comportato un disagio nel paziente, inficiando sul risultato dell'assistenza sanitaria.

Uno studio trasversale-descrittivo, condotto in una struttura ospedaliera a Dammam Arabia Saudita nel 2021 (2), ha dimostrato la correlazione tra pazienti con patologie cardiache e l'ansia. Lo studio ha incluso 50 pazienti dopo la diagnosi di malattia cardiaca e post-intervento chirurgico cardiaco. Un questionario che misura il livello di ansia ha mostrato che i pazienti che erano gestiti da infermieri di lingua araba riportavano una media collettiva inferiore per le dichiarazioni del dominio dell'ansia di (20,08) rispetto a quelli che erano gestiti da infermieri di lingua non araba (28,55, valore $P \frac{1}{4}, 041$). È stato dimostrato che i livelli di ansia aumentavano quando c'era una barriera linguistica tra infermieri e pazienti, e che ciò poteva influenzare la qualità dell'erogazione dell'assistenza(2). Una revisione sistematica effettuata nel 2021(3) synthesizes, and summarize issues and challenges related to the culture and language differences of the health workforce in Saudi Arabia. METHODS: A comprehensive systematic review was conducted in May 2014 to locate published articles. Two independent researchers in consultation with several experts used 4 electronic databases (ISI Web of Knowledge, Science Direct, PubMed, and Cochrane, con lo scopo di identificare, sintetizzare e riassumere i problemi e le sfide legate alla cultura e alle differenze linguistiche del personale sanitario in Arabia Saudita, ha analizzato 12

articoli, dai cui risultati si evince l'esistenza di un'evidente barriera linguistica, che comporta la mancata chiarezza da parte degli infermieri nell'uso della lingua per fornire informazioni e spiegazioni adeguate sulle loro attività(3) synthesizes, and summarize issues and challenges related to the culture and language differences of the health workforce in Saudi Arabia. METHODS: A comprehensive systematic review was conducted in May 2014 to locate published articles. Two independent researchers in consultation with several experts used 4 electronic databases (ISI Web of Knowledge, Science Direct, PubMed, and Cochrane.

In India nel 2021 è stata effettuata un'analisi riguardo la comunicazione interpersonale tra team sanitario e pazienti(4), attraverso 12 interviste semi strutturate condotte con infermieri in due ospedali diversi. I risultati dell'analisi indicano che la comunicazione efficace è fondamentale nell'assistenza infermieristica in contesti culturalmente diversi. Gli infermieri hanno evidenziato l'importanza delle competenze linguistiche, la necessità di interpreti in modo tempestivo per non causare problemi di comunicazione, e il bisogno di una formazione continua sulla competenza culturale e la comunicazione transculturale(4).

In Canada è stato condotto nel 2021 uno studio osservazionale che si è posto come obiettivo di analizzare le minoranze etniche presenti nel Paese e la probabilità di morire in terapia intensiva o di ricevere un trattamento diverso rispetto ad altri pazienti(5). Le etnie dei pazienti includevano il caucasico (68,2%), il Mediterraneo (10,5%), l'Asia orientale (7,6%), l'Asia meridionale (3,5%), il sud-est asiatico (2,1%) e il Medio Oriente (2,0%); le affiliazioni religiose includevano il cristianesimo (66,6%), l'ebraismo (12,3%) e l'Islam (2,1%). La soddisfazione per la qualità delle cure palliative era più bassa per coloro che hanno sperimentato barriere linguistiche/ di comunicazione (RR 0,49 95%CI 0,23-1,06, $p=0,069$), e per i pazienti musulmani rispetto ad altre affiliazioni religiose. Si è osservato dunque una variazione nell'assistenza sanitaria dipesa dallo status di immigrazione, dall'etnia o da fattori etnoculturali, incentivata dalle barriere di comunicazione esistenti. I risultati di questo studio sottolineano la necessità di identificare e porre rimedio alle potenziali disparità nell'erogazione delle cure, maggiormente in contesti sanitari con multietnicità e multiculturalità come quello analizzato, contribuendo in questo modo a ridurre le valutazioni di insoddisfazione del paziente in fin di vita(5).

Oltre alle barriere linguistiche sono stati analizzati ulteriori aspetti, tra cui la cultura e la spiritualità. Un'analisi narrativa condotta nel 2022 ha esaminato le caratteristiche della spiritualità espressa da persone di colore che vivono con malattie gravi (6). I risultati suggeriscono che la religione (il 90% dei partecipanti sottolineano l'importanza delle loro credenze religiose durante la malattia), la

famiglia (un tema essenziale per tutti i partecipanti) e una positiva percezione di sé sono componenti chiave per ridurre la sofferenza spirituale durante le malattie gravi. Questi risultati evidenziano l'importanza di comprendere e affrontare le esigenze spirituali dei pazienti in ambito sanitario (6).

In merito alla spiritualità è stato analizzato anche il pensiero dei professionisti sanitari attraverso uno studio sperimentale, condotto nel 2022 con infermieri che lavorano in un ospedale psichiatrico affiliato ad una grande Università di Scienze Mediche nel sud-est dell'Iran, ha indagato gli effetti di un programma di formazione online sulla SC (assistenza spirituale), sulle competenze degli infermieri psichiatrici nella SC e sull'integrazione della R/S (religione/spiritualità) dei clienti nell'assistenza sanitaria mentale (7) which is associated with individuals' well-being and psychological health, plays a significant role in most clients' lives in healthcare systems. Although clients in mental healthcare settings prefer their R/S to be employed in nursing care, R/S has neither been adequately integrated into mental healthcare nor discussed in the assessment and nursing interventions of mental healthcare. Evidence shows that most psychiatric nurses receive little or no training in spiritual care (SC). È stato eseguito un campionamento casuale e 95 infermieri, la maggior parte dei partecipanti nei gruppi di intervento e di controllo erano infermieri (88, 88%) con un'età compresa tra i 30 e i 40. Una buona parte degli infermieri aveva livelli moderati di religiosità (62, 68,9%) e spiritualità (64, 71,1%), non aveva partecipato a precedenti formazioni sulla cura spirituale in salute mentale (90, 91,1%), e forniva cure spirituali ai pazienti a livelli moderati (52, 53,3%). I due gruppi di studio erano omogenei per quanto riguarda le informazioni demografiche e religiose/spirituali. Sulla base dei confronti tra i gruppi calcolati con il test t indipendente, i gruppi di intervento ($70,62 \pm 17,52$) e di controllo ($65,30 \pm 12,67$) non erano significativamente diversi prima della formazione in termini di punteggi totali SCCS ($t=1,63$, $p=0,11$). Dopo la formazione, i punteggi totali SCCS sono aumentati significativamente nel gruppo di intervento ($125,32 \pm 12,87$) rispetto al gruppo di controllo ($63,59 \pm 21,7$) con un valore di effetto molto grande (d di Cohen=3,46, $t=16,89$, $p=0,001$). Sulla base di questi risultati, il programma di formazione online sulla cura spirituale (CS) ha migliorato le competenze degli infermieri psichiatrici nella CS e nell'integrazione dei bisogni religiosi/spirituali (R/S) nella salute mentale, di conseguenza, la formazione in CS può contribuire a colmare il divario tra la mancanza di formazione professionale in materia di R/S e i reali bisogni dei pazienti di salute mentale (7) which is associated with individuals' well-being and psychological health, plays a significant role in most clients' lives in healthcare systems. Although clients in mental healthcare

settings prefer their R/S to be employed in nursing care, R/S has neither been adequately integrated into mental healthcare nor discussed in the assessment and nursing interventions of mental healthcare. Evidence shows that most psychiatric nurses receive little or no training in spiritual care (SC).

Sono state approfondite le conoscenze degli infermieri italiani in merito alla cultura attraverso uno studio osservazionale, trasversale e multicentrico condotto nel 2023 che ha analizzato le conoscenze interculturali di base degli infermieri e la loro percezione dei problemi che sorgono negli incontri con clienti provenienti dall'estero, sono stati arruolati 327 infermieri (8). Dai risultati emerge la necessità di migliorare le competenze socioculturali legate al lavoro in una società multietnica, già a partire dai corsi di formazione di primo livello (8).

Inoltre un altro studio ha analizzato le conoscenze del personale sanitario riguardo alle preferenze alimentari e ai bisogni dietetici dei pazienti musulmani, nonché sui bisogni dei pazienti musulmani in merito al cibo (9). Dai risultati si evince che l'81% degli infermieri nell'unità medica ha concordato o fortemente concordato che i pazienti delle minoranze etniche ricevono cibo in base alla loro fede e cultura, mentre il 57% ha ritenuto che la loro conoscenza dei requisiti dietetici musulmani fosse adeguata. Gli infermieri hanno considerato adeguata la loro conoscenza riguardo alle esigenze dietetiche dei pazienti musulmani, anche se in realtà era limitata a conoscenze di base. Inoltre, il 24% degli infermieri pensava che i pazienti musulmani dell'ospedale non gradissero il cibo halal, mentre il 47% non aveva un'opinione chiara in merito. Da parte dei pazienti intervistati, c'era una variazione considerevole nelle loro reazioni alle regole dietetiche islamiche e alla fiducia nel cibo servito. Alcuni pazienti non fidavano completamente del cibo, ritenendo che gli infermieri non capissero appieno i requisiti religiosi e quindi sceglievano di consumare solo cibi che sapevano essere accettabili secondo la loro fede. Altri si fidavano delle rassicurazioni del personale medico riguardo alla conformità al cibo halal. Inoltre, i pazienti hanno lamentato la mancanza di varietà nel cibo dell'ospedale e la discrepanza rispetto alle loro abitudini alimentari abituali. I risultati dell'articolo riflettono la varietà di opinioni e preoccupazioni tra infermieri e pazienti riguardo agli aspetti dietetici e culturali del cibo, evidenziando una mancanza di chiarezza e comunicazione tra le parti coinvolte.

Discussione

Le differenze culturali giocano un ruolo fondamentale nell'esperienza della malattia e nella percezione della cura

1 Halal ; Sono cibi e bevande che sono conformi alle leggi islamiche, in particolare alle norme dietetiche dell'Islam.

tra i pazienti. Ciò che può essere considerato abituale in una cultura potrebbe non esserlo in un'altra. Queste differenze linguistiche e culturali possono influenzare aspetti chiave dell'assistenza infermieristica, come la comunicazione con i pazienti, la comprensione dei loro bisogni, la gestione del dolore e la prescrizione di farmaci. Senza una consapevolezza e una comprensione delle dimensioni culturali, gli infermieri rischiano di non essere in grado di fornire un'assistenza efficace e centrata sul paziente.

Tali barriere linguistiche e culturali non limitano soltanto l'accesso completo ai servizi sanitari, ma comportano anche livelli inferiori di qualità nelle cure e nell'assistenza, contribuendo a un maggiore livello di insoddisfazione e, talvolta, a un peggioramento dello stato di salute del paziente. Inoltre, livelli bassi di competenza interculturale possono portare alla perpetuazione di stereotipi e pregiudizi nei confronti di individui con diverso status di immigrazione, etnia o orientamento religioso-etico.

Nell'assistenza infermieristica, il rapporto tra l'infermiere e il paziente è essenziale, e alcuni studi dimostrano la buona volontà da parte degli infermieri di acquisire competenze linguistiche e culturali. Oltre alla necessaria competenza scientifica, la revisione ha evidenziato la necessità, da parte dell'assistenza infermieristica, di considerare e porre attenzione alla spiritualità del paziente, che rappresenta una parte significativa della sua persona, unica e complessa. Analizzando le problematiche legate alla diversità religiosa, diventa particolarmente importante la questione dell'alimentazione per i pazienti di fede musulmana, evidenziando la necessità di rispettare le specifiche tradizioni alimentari.

Limiti dello studio

Ci sono limitazioni che dovrebbero essere considerate in questa revisione. Un limite rilevante di questa revisione è stato il numero limitato di studi inclusi che potrebbero non catturare tutte le questioni relative alle barriere socioculturali. Un altro limite da considerare è stata l'ampiezza a livello geografico degli studi presi in considerazione, poiché la stessa questione è stata analizzata in diversi paesi con norme e leggi diverse questo potrebbe comportare una variabilità dei risultati con conseguente influenza dell'eterogeneità tra gli studi nella revisione. Pertanto, sarà utile affrontare questi problemi e continuare ad aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Conclusioni

Da questo studio emergono delle evidenti difficoltà da parte degli operatori nell'assistenza sanitaria a persone appartenenti a diverse culture dovuta all'esistenza di barriere linguistico/culturali, l'obiettivo che dobbiamo porci è quello di ridurre/eliminare questo divario. La buona volontà da parte degli infermieri potrebbe essere cruciale per il raggiungimento dell'obiettivo. L'applicazione dell'an-

tropologia all'assistenza infermieristica è sicuramente una delle soluzioni migliori per ridurre il divario linguistico/culturale tra paziente e infermiere.

Possibilmente l'introduzione di corsi di formazione, sostenuti da antropologi esperti, per gli operatori sanitari potrebbero diminuire notevolmente il divario esistente attraverso alcuni aspetti fondamentali, tra cui la comprensione delle credenze dei pazienti, una comunicazione efficace con i pazienti provenienti da diverse culture, il rispetto per le pratiche culturali dei pazienti (purché non entrino in conflitto con le migliori pratiche mediche).

Inoltre, lo studio delle lingue è fondamentale per capire al meglio anche il paziente straniero e potergli fornire le cure di cui necessita, con conseguente riduzione del divario linguistico. A tal fine sono state pensate delle soluzioni applicabili nella realtà ospedaliera: Offrire corsi di formazione linguistica, inclusi quelli di inglese, francese e arabo, ad adesione su base volontaria aperta a tutti gli operatori sanitari. Questi corsi forniscono agli operatori sanitari l'opportunità di migliorare le proprie competenze linguistiche al fine di favorire una comunicazione più efficace e un migliore supporto ai pazienti di diverse origini linguistiche. Nel piano formativo di questi corsi potrebbe essere incorporata l'analisi di casi clinici, basata su esperienze reali e negative accadute in reparto durante l'assistenza a pazienti stranieri. Questi casi potrebbero essere utilizzati come fonte di ispirazione per discutere situazioni complesse in cui la comunicazione interculturale e le sfide linguistiche hanno avuto un impatto significativamente negativo sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Introdurre in tutti i reparti ospedalieri la possibilità di utilizzare un software per la traduzione simultanea durante la conversazione con il paziente. Da una breve ricerca svolta PubMed abbiamo constatato che esistono dei software per la traduzione simultanea disponibili a tutti coloro che ne vogliono usufruire. Per l'utilizzo di questo software è necessario possedere un dispositivo sul quale installarlo, a tal fine si è pensato allo smartphone. Per ovviare il costo che dovrebbe sostenere la struttura si è pensato di offrire agli operatori sanitari la possibilità di poter installare il software sul proprio dispositivo. Nel caso in cui l'operatore non disponga di uno smartphone, l'ospedale potrebbe considerare la fornitura di un dispositivo dotato del software. I costi associati all'acquisto e alla manutenzione di questi dispositivi verrebbero sostenuti dalla struttura ospedaliera. L'utilizzo di questi software potrebbe aiutare gli operatori sanitari ad ottenere una comunicazione efficace con il paziente.

In conclusione, ritengo che esplorare questo approccio sia essenziale, poiché l'aumento dell'immigrazione richiede una maggiore comprensione delle diverse culture al fine di garantire cure a chi ne ha bisogno. Esplorare questa

prospettiva in modo approfondito potrebbe rappresentare un intrigante e stimolante spazio di ricerca per il futuro.

Bibliografia

1. Angelucci M, Giovannini C, Malorni W, Michieli R. Analisi descrittiva e informativa della salute delle persone migranti in ottica di genere. Raccomandazioni per il personale sanitario.
2. Almuaem J, Darwish A, AlFaraj A. The Relationship Between Language Barrier in Non-Arabic Nurses and Anxiety in Cardiovascular Patients: A Cross-Sectional Descriptive Study. *J Patient Exp.* 2021; 8:2374373521989242.
3. Almutairi KM. Culture and language differences as a barrier to provision of quality care by the health workforce in Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2015;36(4):425–31.
4. Larsen R, Mangrio E, Persson K. Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *J Transcult Nurs.* 2021;32(4):310–7.
5. Nayfeh A, Yarnell CJ, Dale C, Conn LG, Hales B, Gupta TD, et al. Evaluating satisfaction with the quality and provision of end-of-life care for patients from diverse ethnocultural backgrounds. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):145.
6. Earlix K, Shive N, Coats H. Unpacking characteristics of spirituality through the lens of persons of colour living with serious illness: The need for nurse-based education to increase understanding of the spiritual dimension in healthcare. *J Clin Nurs.* 2022;31(15–16):2354–64.
7. Shamsi M, Khoshnood Z, Farokhzadian J. Improving psychiatric nurses' competencies in spiritual care and integration of clients' religion/spirituality into mental healthcare: outcomes of an online spiritual care training program. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):645.
8. Vitale E, Lupo R, Calabro A, Lezzi A, Zacchino S, Vergori S, et al. Transcultural Nursing in Italy: An Explorative Study. *Nurs Sci Q.* 2023;36(3):292–8.
9. Alpers LM. Hospital food: When nurses' and ethnic minority patients' understanding of Islamic dietary needs differ. *Nurs Open.* 2019;6(4):1455–63.

La valutazione dell'ambiente di apprendimento universitario in ambito infermieristico

The assesment of the university learning environment in nursing

Donato Antonio Rotondo, autore corrispondente, Asl Brindisi, C.O. 118

Valentina Marta, autore, Infermiera libero professionista

Abstract

Background. L'ambiente di apprendimento riveste un ruolo cruciale nella formazione accademica, influenzandone la soddisfazione ed il coinvolgimento nei processi formativi. Esso comprende interazioni con personale accademico, docenti, colleghi, programmi accademici, spazi fisici, attività didattiche ed aspetti culturali. Valutare l'ambiente di apprendimento è essenziale nelle istituzioni accademiche. La Johns Hopkins Learning Environment Scale (JHLES) è una scala efficace per valutare in modo olistico l'ambiente di apprendimento. In questo studio si vuole valutare la percezione degli studenti riguardo l'ambiente formativo infermieristico di un ateneo infermieristico del Nord Italia con l'obiettivo di migliorarne la qualità, che sia coinvolgente, che stimoli, supporti e guidi lo studente nel suo futuro accademico e professionale.

Materiali e metodi: Questo studio è di tipo osservazionale trasversale. È stato condotto attraverso un campionamento di convenienza, e ha incluso gli studenti infermieri di un ateneo infermieristico del Nord Italia, reclutati in modo anonimo e su base volontaria. La scala JHLES è stata somministrata online tramite e-mail universitaria, nel periodo tra febbraio 2023 e maggio 2023.

Risultati: I risultati rivelano che le relazioni con i docenti hanno ottenuto i punteggi più alti tra gli studenti soddisfatti, mentre il coinvolgimento significativo e la comunità tra coetanei hanno ricevuto valutazioni negative tra coloro che hanno valutato l'ambiente accademico. Questa analisi sottolinea l'importanza della valutazione della percezione degli studenti nell'ambiente accademico e la sua influenza sul percorso degli stessi.

Conclusioni: Lo studio ha fatto emergere l'importanza della valutazione dell'ambiente di apprendimento, in quanto permette di avere un quadro generale della percezione degli studenti e ispirare modelli di insegnamento innovativi.

Parole Chiave: Learning Environment, Students, Nursing, Scale.

Abstract

Background and Objectives: The learning environment plays a crucial role in academic education, influencing satisfaction and engagement in the educational processes. It encompasses interactions with academic staff, teachers, peers, academic programs, physical spaces, teaching activities, and cultural aspects. Evaluating the learning environment is essential in academic institutions. The Johns Hopkins Learning Environment Scale (JHLES) is an effective tool for comprehensively assessing the learning environment, but it is not available in Italian, as there are no validation studies. In this study, the aim is to assess students' perception of the nursing educational environment in a northern Italy nursing university with the objective of improving its quality—making it engaging, stimulating, and supportive for students, guiding them in their academic and professional future.

Materials and methods: This study is observational and cross-sectional. It was conducted through a convenience sampling, involving nursing students from a northern Italy nursing university, recruited anonymously and on a voluntary basis after being properly trained. The JHLES scale was administered online via university email, during the period from February 2023 to May 2023.

Results: The results reveal that faculty relationships scored the highest among satisfied students, while meaningful engagement and community among peers received low ratings among those who negatively rated the academic environment. This analysis emphasizes the importance of student perception in the academic environment and its influence on their learning and engagement.

Conclusions: This study emphasizes the importance of evaluating the learning environment to improve and make it efficient. It provides an overview of students' daily challenges and can inspire innovative teaching models.

Keywords: Learning Environment, Students, Nursing, Scale.

INTRODUZIONE E OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'ambiente di apprendimento, definito come il contesto fisico, sociale e psicologico in cui avviene il processo di apprendimento e socializzazione degli studenti, riveste un ruolo cruciale nell'istruzione accademica (1). Esso comprende elementi fisici, interazioni sociali, e fattori psicologici all'interno di un'istituzione accademica, influenzando la soddisfazione e l'impegno degli studenti e rappresentando una parte significativa del curriculum degli stessi (2). La qualità dell'ambiente di apprendimento è una variabile chiave che influenza l'efficacia complessiva di un programma educativo, incidendo direttamente sul comportamento e sulle esperienze degli studenti. Ricerche precedenti hanno indicato che l'ambiente di apprendimento gioca un ruolo centrale nella formazione e nel successo degli stessi, con impatti sulla loro motivazione, autostima, autorregolazione e soddisfazione accademica (3).

Nel contesto delle facoltà sanitarie, dove la formazione è complessa a causa di programmi impegnativi e contesti clinici stressanti, è fondamentale valutare come gli studenti percepiscano il loro ambiente di apprendimento al fine di migliorare la loro esperienza formativa (4). All'interno dei percorsi di formazione infermieristica, l'apprendimento (teorico e pratico) riveste un ruolo significativo nella preparazione degli studenti a tutti i livelli, dall'istruzione base a quella post-base, definendo anche la qualità futura dell'assistenza infermieristica. Storicamente, la formazione infermieristica era associata esclusivamente all'ambiente di apprendimento clinico (5), oggi la crescita del futuro professionista avviene sia in ambito accademico che in quello clinico, e di conseguenza emerge la necessità di considerare un modello di ambiente di apprendimento duplice, che possa includere entrambi gli ambiti di formazione.

La Johns Hopkins Learning Environment Scale (JHLES) è uno strumento sviluppato per valutare la percezione dell'ambiente di apprendimento da parte degli studenti delle facoltà mediche. È stata creata attraverso un rigoroso processo di ricerca che ha coinvolto la concettualizzazione del costrutto di ambiente di apprendimento specificamente per gli studenti di medicina negli Stati Uniti e in Canada, presso la Johns Hopkins University School of Medicine (6). La JHLES copre una vasta gamma di dimensioni che caratterizzano il percorso accademico degli studenti, tra cui programmi accademici, strutture, relazioni sociali, clima istituzionale, relazioni con i pari e con i docenti, e coinvolgimento nella comunità accademica. Nello specifico è composta da 7 domini, all'interno dei quali vi sono complessivamente 28 items.

Questa scala è stata sviluppata con un'enfasi specifica sugli aspetti sociali, relazionali e accademici rilevanti per le facoltà sanitarie, dimostrando validità e contenuto in grado di descrivere i processi educativi, relazionali e sociali unici

di questi contesti. La sua validità e contenuto riflettono le dinamiche complesse e specifiche di questi ambienti di apprendimento.

Successivamente al suo sviluppo, la scala JHLES ha suscitato l'interesse della comunità scientifica, e nello specifico alcuni tra gli studi pubblicati hanno fatto emergere la capacità esclusiva della JHLES di discriminare in modo ottimale i fattori correlati all'ambiente di apprendimento universitario (7,8), a testimonianza del potenziale intrinseco di tale strumento.

L'obiettivo di questo studio, pertanto, è quello di valutare la percezione degli studenti riguardo l'ambiente formativo infermieristico di un ateneo infermieristico del Nord Italia.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Questo studio presenta un approccio quantitativo con un disegno di tipo osservazionale e trasversale raccogliendo e registrando comportamenti, eventi o fenomeni senza alcuna manipolazione o interferenze, di un campione in un arco di tempo specifico.

Campionamento

Il metodo di campionamento utilizzato è di tipo non probabilistico e di convenienza. Il campione è costituito dagli studenti della laurea triennale in infermieristica, iscritti in un ateneo infermieristico del Nord Italia, che hanno partecipato volontariamente e in modo anonimo allo studio.

Criteri di inclusione:

- Studenti iscritti alla laurea triennale della professione infermieristica di un ateneo infermieristico del Nord Italia;

Criteri di esclusione:

- Studenti non iscritti alla laurea triennale in infermieristica;
- Studenti non facenti parte di un ateneo infermieristico del Nord Italia.

Strumenti e Tempi di raccolta

Per la raccolta dei dati è stata utilizzata la scala Johns Hopkins Learning Environment Scale (JHLES), somministrata online tramite e-mail universitaria. Il questionario è stato diffuso agli studenti a partire da Febbraio 2023 e la raccolta dei dati si è conclusa a Maggio 2023. La scala JHLES, composta da 28 elementi suddivisi in 7 domini è stata tradotta in italiano per scopi di indagine (Tabella 1).

Analisi dei dati

I dati demografici dei partecipanti e i risultati del questionario sono stati analizzati utilizzando misure di tendenza centrale e dispersione adeguate al tipo di variabile. Le variabili continue normalmente distribuite sono presentate come medie \pm deviazione standard ($M \pm DS$), mentre le variabili continue non normalmente distribuite sono rappresentate come mediana \pm intervallo interquartile (25°-75° percentile). Le variabili nominali sono presenta-

te tramite frequenze.

Considerazioni etiche

Nel condurre questo studio, sono stati seguiti principi etici. I partecipanti allo studio, prima della loro adesione alla compilazione del questionario, sono stati informati, tramite e-mail universitaria, in modo chiaro e completo sullo scopo dello studio, nonché sulla garanzia di riservatezza e anonimato delle loro risposte durante la raccolta e l'analisi dei dati. I dati, analizzati in forma aggregata, sono stati utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca come precedentemente dichiarato. L'approccio adottato ha assicurato un adeguato livello di tutela della privacy e dei diritti dei partecipanti coinvolti nell'indagine. L'intero processo di raccolta dati è stato condotto in conformità con le normative etiche e legali vigenti.

RISULTATI

La **Tabella 1** riporta le caratteristiche sociodemografiche ed anagrafiche del campione, rappresentato da 114 studenti, che rientravano nei criteri di inclusione e che hanno aderito allo studio proposto. Considerando il campione, lo stesso è composto da 24 maschi (21,05%) e 90 femmine (78,95%). L'età media degli studenti/delle studentesse che hanno aderito allo studio è di 23,85 anni \pm 5,49, di cui la maggior parte celibe/nubile (n° 106; 93,0%). Il livello di istruzione, al momento della compilazione, è rappresentato dal diploma di scuola secondaria di secondo grado (100%). Dei 114 studenti, 87 sono studenti a tempo pieno (76,32%), 6 sono studenti Part-time (5,26%) e 21 sono studenti lavoratori (18,42%).

Le statistiche descrittive relative ai risultati del questionario (JHLES) somministrato ai 114 studenti, iscritti alla professione infermieristica e facenti parte dell'Università di Milano Statale, sono sintetizzati nella **Tabella 2**. Il dominio "Community of peers" riflette la percezione degli studenti sulla comunità tra coetanei all'interno dell'ambiente accademico. La media di 3,519 con una deviazione standard di $\pm 0,639$ suggerisce che gli studenti si sentono abbastanza in sintonia tra loro e percepiscono il sostegno reciproco. "Faculty relationships" riguarda la percezione dei rapporti con il corpo docente. La media di 3,279 indica che, in generale, i partecipanti valutano in modo neutrale i loro rapporti con il corpo docente.

"Academic Climate" si riferisce alla percezione del clima accademico. La media di 3,112 suggerisce che, in generale, i partecipanti valutano in modo neutrale il clima accademico. Con medie rispettivamente di $3,279 \pm 0,730$ e $3,112 \pm 0,699$, gli studenti mantengono una posizione neutrale. "Meaningful Engagement" riguarda il coinvolgimento significativo. La media di $2,8794 \pm 0,6587$ indica che gli studenti ritengono di non essere sufficientemente coinvolti, considerati nel processo decisionale e incoraggiati all'interno della propria facoltà. La media relativa

al "Mentoring," ossia il rapporto con docenti/tutor che hanno suscitato interesse per le rispettive discipline, è di 3,276 con una deviazione standard di $\pm 0,907$ "Inclusion and Safety" fa riferimento all'inclusione e alla sicurezza percepita dagli studenti. La media di $3,355 \pm 0,819$ suggerisce una percezione neutrale da parte degli studenti. È importante notare che il punteggio della scala Likert era invertito. "Physical Space" riguarda la percezione dello spazio fisico da parte degli studenti. Una media di $4,029 \pm 0,820$ indica che gli studenti hanno una percezione positiva del proprio spazio fisico.

Il punteggio complessivo, calcolato sommando i punteggi ottenuti nei singoli domini, è di $93,22 \pm 15,007$.

DISCUSSIONE

Il contesto in cui gli studenti universitari trascorrono la maggior parte del loro percorso formativo non è una semplice cornice neutra, ma rappresenta un elemento attivo e determinante nella loro esperienza di apprendimento. Valutare l'ambiente di apprendimento universitario e la percezione degli studenti riguardo al loro contesto è di estrema importanza per garantire un'istruzione di alta qualità. Gli studenti, essendo i protagonisti in questo contesto, possiedono una prospettiva unica e fondamentale per valutare come si svolge il processo di apprendimento all'interno del loro ambiente accademico.

La percezione degli studenti riguardo al loro ambiente accademico abbraccia diversi aspetti cruciali, tra cui la qualità delle interazioni con i docenti, l'accesso alle risorse didattiche, la collaborazione tra pari, la struttura fisica delle aule e dei laboratori, oltre al supporto emotivo e psicologico fornito dalle istituzioni. Pertanto, la percezione degli studenti riflette la loro esperienza globale e rivela i punti di forza e le eventuali sfide nel contesto educativo. La valutazione dell'ambiente formativo universitario fornisce ai responsabili dell'istruzione una panoramica completa sul percorso degli studenti. Oltre alla valutazione oggettiva della qualità dell'istruzione basata su dati quantitativi, la percezione degli studenti aggiunge una dimensione qualitativa. In altre parole, la percezione degli studenti offre un quadro completo del "clima accademico" in cui si trovano. La comprensione approfondita di come gli studenti interagiscano con il proprio ambiente accademico, al pari del riconoscimento delle variabili che influenzano tale interazione (9) riveste un ruolo di primaria importanza nella pianificazione accademica e nell'attuazione di percorsi educativi olistici.

Va notato che l'ambiente di apprendimento è un processo dinamico, e la percezione degli studenti può variare notevolmente da una facoltà all'altra o addirittura all'interno della stessa facoltà in momenti diversi del percorso. La valutazione della percezione degli studenti aiuta a comprendere le differenze e le peculiarità di ciascun contesto

universitario, contribuendo all'adattamento continuo delle strategie didattiche e delle risorse. Oltre a individuare le aree che richiedono miglioramenti, la valutazione della percezione degli studenti permette di identificare i punti di forza dell'ambiente di apprendimento, che devono essere valorizzati per consolidare il successo accademico e il coinvolgimento degli studenti. L'ascolto attivo della percezione degli studenti riconosce il loro ruolo centrale e promuove un clima accademico in cui gli studenti si sentono valorizzati e coinvolti attivamente.

Lo scopo di questo studio è stato misurare e approfondire la percezione dell'ambiente di apprendimento degli studenti universitari presso un ateneo infermieristico del Nord Italia. Abbiamo utilizzato la John Hopkins Learning Environment Scale per valutare l'ambiente. Come già discusso, questo strumento mira a misurare le percezioni degli studenti al fine di creare modelli interpersonali e istituzionali che ottimizzino lo sviluppo degli studenti. Dagli studi effettuati da Shochet e colleghi emerge che, tra gli studenti che hanno valutato positivamente la percezione complessiva dell'ambiente accademico, il dominio delle relazioni di facoltà ha ottenuto il punteggio più alto. Numerosi studi sottolineano l'importanza dei docenti nello sviluppo professionale degli studenti di medicina, come mentori, modelli di ruolo e consulenti. Tra gli studenti che hanno valutato negativamente l'ambiente accademico, la comunità dei pari e i domini di coinvolgimento significativo hanno ottenuto i punteggi medi più bassi, suggerendo una correlazione tra la qualità delle relazioni tra pari e la percezione complessiva dell'ambiente (10).

Relativamente al dominio "Community of peers," gli studenti si sentono in generale in sintonia e sostenuti dai loro colleghi. La comunità dei pari è un elemento fondamentale dell'esperienza universitaria, contribuendo in modo significativo allo sviluppo sociale e personale degli studenti e all'apprendimento. Tackett e colleghi hanno evidenziato che valutazioni positive in questo dominio sono associate ad una migliore qualità della vita (11).

In particolare, lo spazio fisico all'interno dell'ambiente di apprendimento è stato il dominio con la valutazione maggiormente positiva tra gli studenti. Questo suggerisce che la struttura fisica in cui gli studenti svolgono le attività influisce notevolmente sulla loro percezione dell'ambiente di apprendimento. La creazione di spazi accademici stimolanti è essenziale per favorire un apprendimento efficace. Dall'analisi, inoltre, emerge che il dominio "Meaningful engagement," relativo al coinvolgimento significativo, ha ricevuto il punteggio medio più basso e, di conseguenza, associato ad una percezione negativa da parte degli studenti. Ciò suggerisce che gli stessi non si sentono sufficientemente coinvolti dalla facoltà e la conseguente necessità di promuovere un coinvolgimento più attivo in attività accademiche ed extracurricolari. In generale, la

percezione degli studenti è stata neutra per gli altri domini. Va notato che il dominio "Inclusion and safety" ha ottenuto valutazioni neutre da parte degli studenti, il che solleva importanti questioni sul loro senso di sicurezza e benessere. Un ambiente accademico sicuro e inclusivo è fondamentale per il successo degli studenti. In conclusione, questa analisi sottolinea l'importanza della percezione degli studenti nell'ambiente accademico e la sua influenza sul loro apprendimento e coinvolgimento. La valutazione continua della percezione degli studenti può contribuire a migliorare costantemente il contesto educativo e a promuovere il benessere e il successo degli studenti universitari.

Limiti dello studio

I risultati ottenuti si riferiscono ad un anno accademico durante la primavera/estate 2023 e coinvolgono un campione relativamente limitato di studenti rispetto al numero totale degli iscritti, concentrati in una singola università, comprendendo diverse sedi. Pertanto, per futuri studi, è fondamentale e auspicabile ampliare la portata dell'indagine coinvolgendo un numero più ampio di studenti, coinvolgendo diverse istituzioni e considerando più punti temporali che segnano il percorso formativo degli studenti infermieri. Questa espansione consentirebbe di confrontare i dati raccolti tra le diverse istituzioni, al fine di identificare elementi che richiedono miglioramenti e valutare l'entità dell'impatto di tali miglioramenti sulla vita e la carriera professionale degli studenti. Inoltre, valutare l'ambiente educativo in diversi momenti del percorso, ad esempio in anni accademici diversi, potrebbe essere prezioso per determinare se ci sono miglioramenti o peggioramenti nei vari aspetti considerati dalla scala. Ciò contribuirebbe a ottenere una comprensione più accurata della percezione degli studenti in merito al contesto accademico di specifiche università.

CONCLUSIONE

Questo studio ha rivelato aspetti innovativi e attuali, considerando l'importanza crescente dell'aspetto bio-psico-sociale. La JHLES potrebbe essere un prezioso strumento per future implementazioni nel contesto universitario. Essa consente agli studenti di individuare le sfide quotidiane nei loro percorsi accademici, sia in termini teorici che pratici. Inoltre, può stimolare i tutor e i docenti a sviluppare modelli di insegnamento innovativi, più adatti alle esigenze degli studenti, e migliorare la qualità dell'istruzione e delle strutture.

Per ulteriori ricerche future, sarebbe interessante condurre valutazioni più frequenti lungo il percorso di studi degli studenti per ottenere una visione più realistica della percezione del contesto educativo. Inoltre, confrontare i risultati tra diverse istituzioni potrebbe fornire nuove intuizioni sul modo in cui gli studenti interpretano le

esperienze e costruiscono conoscenze, contribuendo a migliorare le risorse per la loro crescita professionale. In generale, questo studio mette in evidenza l'importanza delle percezioni degli studenti come attori centrali nel processo di apprendimento e nella creazione di un ambiente accademico di successo.

BIBLIOGRAFIA

1. Rusticus SA, Wilson D, Casiro O, Lovato C. Evaluating the Quality of Health Professions Learning Environments: Development and Validation of the Health Education Learning Environment Survey (HELES). *Eval Health Prof.* settembre 2020;43(3):162–8.
2. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education—a unifying perspective. *Med Teach.* gennaio 2001;23(4):337–44.
3. Stigen L, Mørk G, Carstensen T, Magne TA, Gramstad A, Johnson SG, et al. Perceptions of the academic learning environment among occupational therapy students – changes across a three-year undergraduate study program. *BMC Med Educ.* dicembre 2022;22(1):313.
4. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H, et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *Med Teach.* gennaio 1997;19(4):295–9.
5. Ebert L, Mollart L, Nolan SJ, Jefford E. Nurses and midwives teaching in the academic environment: An appreciative inquiry. *Nurse Educ Today.* gennaio 2020;84:104263.
6. Shochet RB, Colbert-Getz JM, Wright SM. The Johns Hopkins learning environment scale: measuring medical students' perceptions of the processes supporting professional formation. *Acad Med.* giugno 2015;90(6):810–8.
7. Tackett S, Bakar HA, Shilkofski NA, Coady N, Rampal K, Wright S. Profiling medical school learning environments in Malaysia: a validation study of the Johns Hopkins Learning Environment Scale. *J Educ Eval Health Prof [Internet].* 9 luglio 2015 [citato 25 settembre 2022];12. Disponibile su: <http://jeehp.org/DOIx.php?id=10.3352/jeehp.2015.12.39>
8. Tackett S, Shochet R, Shilkofski NA, Colbert-Getz J, Rampal K, Bakar HA, et al. Learning environment assessments of a single curriculum being taught at two medical schools 10,000 miles apart. *BMC Med Educ.* dicembre 2015;15(1):1–8.
9. D'Souza P, Shalini N. Impact of Educational Environment and Learning Approaches on Academic Outcome of Undergraduate Nursing Students. In 2019. p. 1530–6. Disponibile su: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:204921817>
10. Shochet RB, Colbert-Getz JM, Wright SM. The Johns Hopkins Learning Environment Scale: Measuring Medical Students' Perceptions of the Processes Supporting Professional Formation. *Acad Med.* giugno 2015;90(6):810–8.
11. Tackett S, Wright S, Lubin R, Li J, Pan H. International study of medical school learning environments and their relationship with student well-being and empathy. *Med Educ.* marzo 2017;51(3):280–9.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche degli studenti (n=114)

		Media	Dev. Stan.
Età		23,85	5,49
Sesso		n	%
	Maschio	24	21,05
Stato civile	Femmina	90	78,95
	Celibe/nubile	106	93,0
	Coniugato/convivente	7	6,1
	Vedovo	1	0,9
Livello di formazione al momento della compilazione	Diploma di scuola secondaria di secondo grado	114	100
	Laurea Triennale	0	
	Laurea Magistrale	0	
	Master 1° livello	0	
	Master 2° livello	0	
Occupazione	Studente a tempo pieno	87	76,32
	Studente Part-time	6	5,26
	Studente lavoratore	21	18,42

Tabella 2: Statistiche descrittive inerenti lo studio effettuato.

	N	Media	Dev. Stan.
F1_ Comunità dei pari	114	3,519	0,639
F2_ Relazioni in facoltà	114	3,279	0,730
F3_ Clima accademico	114	3,112	0,699
F4_ Coinvolgimento significativo	114	2,879	0,658
F5_ Tutoraggio	114	3,276	0,907
F6_ Inclusione e sicurezza	114	3,355	0,819
F7_ Spazio fisico	114	4,029	0,820
Overall_LE_ric	114	93,22	15,007

L'impatto della digitalizzazione sanitaria sui Caregiver informali di pazienti con patologia cronica. Uno studio qualitativo

The impact of healthcare digitalization on the informal Caregivers of patients with chronic disease. A qualitative study

Luigi Iele, Infermiere, Istituto Neurologico Carlo Besta

ABSTRACT

INTRODUZIONE. La malattia cronica non coinvolge solo il paziente, ma anche tutto il contesto familiare che è costretto a dover rivedere il proprio equilibrio per favorire i processi di coping e adattamento. Il familiare che si prende cura del paziente prende il nome di caregiver informale che molto spesso è impreparato rispetto a gestione ed assistenza, ma nel contempo deve garantire al malato una presenza costante per aiutarlo nella soddisfazione dei propri bisogni, ma anche far fronte ai vari cambiamenti che comprendono lo stile di vita, la riduzione del tempo libero e la restrizione delle attività sociali. Il disagio fisico e psicologico e le problematiche affine ad esso comportano l'insorgenza del caregiver burden. La letteratura ha dimostrato che l'utilizzo della tecnologia per la gestione del proprio caro, oltre a supportare il percorso di cura, può aiutare a ridurre l'insorgenza del caregiver burden. Tenendo conto dell'utilizzo sempre più ampio della tecnologia per la gestione del proprio caro/assistito e dei limiti che essa presenta, l'obiettivo dello studio è esplorare l'esperienza dei caregiver informali di pazienti con patologie croniche rispetto all'implementazione della digitalizzazione e della tecnologia in ambito sanitario, nel percorso di cura del proprio caro.

MATERIALI E METODI. È stato condotto uno studio qualitativo utilizzando un'analisi fenomenologica interpretativa. La raccolta dati è stata effettuata con interviste semistrutturate, condotte tra maggio e giugno 2023 e un campionamento di tipo propositivo. I dati sono stati analizzati utilizzando l'analisi tematica e sono state applicate la tecnica del bracketing e del member checking per garantire il rigore della ricerca.

RISULTATI. Dall'analisi delle interviste sono emersi 3 temi principali. "Relazione di cura" (primo tema) che comprende due sottotemi: (1) Desiderio di avere un rapporto diretto, (2) comunicazione. "Emozioni negative" (secondo tema) che il caregiver vive nell'utilizzare la tecnologia e comprende due sottotemi: (1) Resistenza, (2) Scetticismo e Difficoltà. Il terzo tema "LA tecnologia... Ci ha reso la vita più facile" con i seguenti sottotemi: (1)

Soddisfazione, (2) Comodità, (3) Fondamentale.

DISCUSSIONI. I risultati mettono in evidenza che è un argomento piuttosto inesplorato. Vi sono percezioni ed emozioni diverse, si passa dalla resistenza ad utilizzare la tecnologia ad un parere piuttosto favorevole, vi sono due mondi distinti tra di loro. I temi emersi possono essere la base per future ricerche con lo scopo di personalizzare l'assistenza rivolta ai caregiver. Nella gestione di un paziente cronico è coinvolto non solo il paziente ma anche chi lo assiste quindi per assicurarsi una ottima aderenza del paziente al percorso è fondamentale che gli operatori sanitari si prendono in carico sia il paziente che il caregiver.

PAROLE CHIAVE: Malattia cronica, paziente cronico, caregiver, sanità digitale, ricerca qualitativa, analisi fenomenologica.

ABSTRACT

BACKGROUND. Chronic illness does not only involve the patient, but also the entire family context which is forced to review its balance to encourage coping and adaptation processes. The family member who takes care of the patient is called an informal caregiver who is very often unprepared for management and assistance, but at the same time must guarantee the patient a constant presence to help him in satisfying his own needs, but also to cope with the various changes which include lifestyle, reduction of free time and restriction of social activities. Physical and psychological discomfort and related problems lead to the onset of caregiver burden. Literature has shown that the use of technology to manage your loved one, in addition to supporting the care process, can help reduce the onset of caregiver burden. Taking into account the increasingly widespread use of technology for the management of one's loved one/assisted person and the limitations it presents, the objective of the study is to explore the experience of informal caregivers of patients with chronic pathologies with respect to the implementation of digitalisation and of technology in the healthcare sector, in the care process of your loved one.

MATERIALS AND METHODS: A qualitative study was

conducted using interpretative phenomenological analysis. The data collection was carried out with semi-structured interviews, conducted between May and June 2023 and sampling was of a proactive nature. The data was analyzed using thematic analysis and bracketing and member checking techniques were applied to ensure the rigor of the research.

RESULTS. From the analysis of the interviews, 3 main themes emerged. "Care relationship" (first theme) which includes two sub-themes: (1) Desire to have a direct relationship, (2) communication. "Negative emotions" (second theme) that the caregiver experiences when using technology and includes two subthemes: (1) Resistance, (2) Skepticism and Difficulty. The third theme "Technology... Has made our lives easier" with the following sub-themes: (1) Satisfaction, (2) Convenience, (3) Fundamental.

DISCUSSIONS. The results highlight that it is a rather unexplored topic. There are different perceptions and emotions, we go from resistance to using technology to a rather favorable opinion, there are two worlds distinct from each other. The themes that emerged can be the basis for future research with the aim of personalizing assistance for caregivers. In the management of a chronic patient, not only the patient is involved but also those who assist him, therefore to ensure excellent patient adherence to the process it is essential that healthcare professionals take care of both the patient and the caregiver.

KEYWORDS: Chronic disease, chronic patient, caregiver, digital health, qualitative research, phenomenological analysis.

BACKGROUND

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce la patologia cronica come: "una malattia di lunga durata a progressione lenta e descrive la condizione di cronicità come "problemi di salute che richiedono una gestione continua per un periodo di anni, decenni"(1). Il paziente cronico, quindi, presenta caratteristiche di elevata complessità clinica ed assistenziale, che richiede un'assistenza di lunga durata perché l'obiettivo di cura non è la guarigione, ma un miglioramento della qualità di vita, riduzione e prevenzione delle disabilità e diminuzione della sintomatologia (2).

Un paziente cronico diventa complesso nel momento di aggravamento della sua patologia o di comparsa di altra patologia, egli richiede di essere curato insieme per le sue malattie e per il contenimento della disabilità (3). La gestione efficace delle malattie croniche è complessa e richiede una partecipazione significativa da parte dei pazienti e delle famiglie (4). La maggior parte delle patologie croniche viene gestita oltre i confini del settore sanitario, nell'arena quotidiana del contesto di vita e di salute

dell'individuo (5).

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio (2), attraverso l'erogazione delle cure domiciliari che consistono nell'erogare: assistenza a persone non autosufficienti, in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, in modo tale da limitarne il declino funzionale e migliorarne la qualità di vita quotidiana (6). Nella gestione di una malattia cronica non viene coinvolto solo il paziente ma anche tutto il contesto familiare che subisce le conseguenze ed il peso che la malattia cronica comporta. La malattia, infatti, costituisce un evento critico che costringe il gruppo familiare a dover rivedere l'equilibrio tra i bisogni di ciascun membro (7), a ristrutturare i patterns comportamentali e relazionali, ed a riorganizzarsi internamente al fine di favorire i processi di coping e di adattamento (8,9). La convivenza con un familiare malato spesso, infatti, compromette il benessere degli altri membri (10). Il familiare che si prende cura del paziente affetto da malattia cronica, definito caregiver informale, si trova spesso impreparato rispetto alla gestione ed assistenza di cui necessita il paziente al domicilio, dovendo garantire una presenza costante per aiutarlo nella soddisfazione dei propri bisogni, ma anche far fronte ai vari cambiamenti che comprendono lo stile di vita, la riduzione del tempo libero e la restrizione delle attività sociali (11).

Secondo i dati ISTAT sono 7,3 milioni (circa il 12% della popolazione) i caregiver informali attivi in Italia, con una prevalenza di donne con un'età compresa tra 45 e 64 anni (12). In base ai dati di un report pubblicato nel 2019 dall'United Nations Economic Commission for Europe si stima che il "lavoro invisibile" e non retribuito dei caregiver informali copra dal 70 al 95% di tutti i bisogni di cure a lungo termine delle nazioni europee, senza che il loro contributo sia in alcun modo registrato o formalmente riconosciuto (12).

Con l'evoluzione della malattia cronica il carico assistenziale del caregiver informale diventa sempre più gravoso, fino a causare spesso un aumento del livello di stress del caregiver informale, che per rispondere ai bisogni del proprio caro assistito, trascura le proprie esigenze, necessità, interessi, con conseguenze negative come la compromissione della salute fisica, isolamento e disagio psicologico (13). La sensazione di logoramento psicofisico prende il nome di caregiver burden che è il risultato di problematiche di tipo fisico, psicologico, emotivo, sociale e finanziario vissute dai caregiver informali (14,15).

L'emergenza pandemica di Covid 19 ha aumentato le cause di stress al quale i caregiver informali sono sottoposti (16) Cancro, Sense of Coherence, Burden of Care, Salutogenesi, Covid19 RIASSUNTO Premessa: lo stress test al quale Covid19 ha sottoposto il Servizio Sanitario

Nazionale ha messo in chiara evidenza come in un contesto di aumento delle disuguaglianze il sostegno ai gruppi di popolazione più vulnerabili e, tra questi, a coloro che soffrono di patologie croniche e disabilità, rappresenti una priorità per la “nuova normalità” del SSN. In questo ambito, la valorizzazione dello spazio familiare come altro luogo di cura (in integrazione con quelli clinici tradizionali, sono molteplici le ragioni per cui i caregiver informali possono sperimentare stress e oneri più elevati del solito durante il Covid-19. Le attività di caregiving possono essere più difficili da realizzare, la comunicazione e il coordinamento con gli operatori sanitari possono essere interrotti da appuntamenti cancellati e difficoltà nel raggiungere gli operatori sanitari. I caregiver informali potrebbero non essere in grado di fare affidamento sulla loro consueta rete di supporto domiciliare, e affrontare sfide crescenti nell'accesso alle cure domiciliari necessarie (17). Il caregiver informale che soffre di caregiver burden non rappresenta più una risorsa per il malato e per la famiglia ed è costretto a lasciare la persona di cui si prendeva cura. Un caregiver informale che ha a disposizione le risorse, personali e sociali, per prendersi cura di sé oltre che dell'altro è una persona che più efficacemente e con più soddisfazione riuscirà a portare a termine il suo compito di accompagnamento (18). Pertanto è urgente sviluppare adeguati soluzioni per sostenerli, ridurre il carico del caregiver, migliorare le loro preoccupazioni psicosociali con l'obiettivo di aumentare la loro qualità di vita e garantire la qualità delle cure (19).

Negli ultimi anni tra gli interventi adottati per ridurre il caregiver burden vi è l'utilizzo della tecnologia che può essere utile nel prevenirne l'insorgenza in quando è in grado di cogliere i primi segnali di affaticamento fisico e psicologico (11). La digitalizzazione sanitaria può fornire diverse modalità di erogazione dei programmi di educazione e sostegno per i caregiver informali (20). Gli interventi della tecnologia smartphone potrebbero rispondere a diverse esigenze dei caregiver informali dei pazienti affetti da demenza, come ridurre il carico psicologico e l'isolamento sociale insito nell'assistenza (21). Alcuni studi hanno dimostrato che i gruppi di supporto sociale basati sulla tecnologia hanno, ridotto il carico assistenziale tra i caregiver informali di pazienti affetti da demenza (22). La digitalizzazione sanitaria ha il potenziale per aiutare ad affrontare problemi come la distanza e l'accesso, ma non è priva di limiti che il sistema sanitario sta cercando di affrontare, tra cui cattiva gestione, limitazione delle risorse, formazione insufficiente, limitazioni infrastrutturali e scarso accesso ad attrezzature e forniture (23).

Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio è esplorare l'esperienza dei caregiver informali di pazienti con patologie croniche rispetto

all'implementazione della digitalizzazione e della tecnologia in ambito sanitario, nel percorso di cura del proprio caro.

MATERIALI E METODI

Questo studio presenta un disegno di ricerca di tipo qualitativo, tramite l'analisi fenomenologica interpretativa (IPA). L'IPA è un metodo qualitativo consolidato di indagine che si occupa dell'esplorazione dettagliata dell'esperienza personale vissuta, esaminata nei suoi stessi termini e con un focus sulla creazione di significati da parte dei partecipanti (24). Attraverso un processo di indagine riflessiva approfondita l'obiettivo dell'IPA è il significato di un'esperienza vissuta per l'individuo (25).

È stato adottato un campionamento di tipo propositivo, che consiste nel selezionare i soggetti che meglio rappresentano il fenomeno oggetto di studio (26), tra i caregiver informali di pazienti affetti da almeno una patologia cronica. Vengono scelte persone che siano in possesso di una ricca esperienza o dalle informazioni al fine di apprendere il maggior numero di notizie rispetto al fenomeno di interesse (27). Per la scelta dei partecipanti sono stati definiti dei criteri di inclusione, quali: essere un caregiver informale di un paziente cronico, buona conoscenza della lingua italiana e disponibilità a partecipare allo studio.

In accordo con la metodologia IPA (28), la raccolta dati è stata sviluppata tramite la conduzione di interviste semi-strutturate in profondità (29). Le interviste sono state condotte in presenza, o da remoto, tramite videochiamate su piattaforma Microsoft Teams® dall'infermiere ricercatore, per far fronte alle esigenze e alle preferenze di ciascun partecipante. Sono state realizzate 7 interviste semi-strutturate, fino al raggiungimento della saturazione dei dati, che si verifica quando gli stessi si ripetono, nonostante la variabilità dei soggetti coinvolti non emergono nuove informazioni (30). La durata media delle interviste è stata di circa 54 minuti. Preliminarmente, prima delle interviste, ai partecipanti che volevano aderire allo studio è stato fatto firmare un consenso informato relativo alla loro disponibilità a partecipare allo studio, e alla conseguente registrazione delle interviste. L'intervista semi-strutturata iniziava con una domanda guida con l'obiettivo di indagare nella sua totalità, il contenuto principale dell'argomento di ricerca e incoraggiare i partecipanti a parlare liberamente delle proprie percezioni ed emozioni (31). In seguito, sono state impostate ulteriori domande sonda, aperte e formulate in modo da generare discussioni (32), che consentivano ai partecipanti di esprimere le proprie emozioni ed esperienze, rispetto all'utilizzo della tecnologia per la gestione del proprio caro.

La tabella 1 riporta le domande guida delle interviste semistrutturate.

Tabella 1. Domande guida delle interviste semistrutturate

1. Che cos'è per te la tecnologia in generale
2. Nella tua vita di tutti i giorni utilizzi la tecnologia e come la utilizzi
3. Pensando un po' all'ambito sanitario, hai mai sentito parlare di tecnologie utilizzate in ambito sanitario?
4. Invece ha mai sentito parlare anche per esempio di telemedicina?
5. Ripensando un po' alla tecnologia per prendersi cura del suo caro, se l'ha utilizzata come si è sentito nel dover utilizzare la tecnologia per prendersi cura del suo caro?
6. Se dovessimo pensare allora le tecnologie in generale nell'ambito sanitario, anche quelle più avanzate, come la telemedicina e il fascicolo, quali secondo lei sono gli aspetti positivi?
7. Quali sono le difficoltà che ha riscontrato?
8. Pensando sempre all'utilizzo di queste tecnologie, se dovessero diventare, un po' l'unico mezzo per il futuro, lei che cosa consiglierebbe o che cosa pensa si possa fare per facilitare l'utilizzo di queste tecnologie da parte dei caregiver?

Analisi dei dati e rigore

I dati emersi dalle interviste semistrutturate sono stati analizzati attraverso l'analisi tematica, che è un metodo per identificare, analizzare, organizzare, descrivere e riportare i temi trovati all'interno di un set di dati (33). Prima dell'analisi dei dati i ricercatori hanno eseguito il bracketing, una metodologia dell'approccio fenomenologico che consiste nel mettere da parte le proprie convinzioni rispetto al fenomeno in studio (34). Consiste in una tecnica di riflessione critica che richiede ai ricercatori di annotare i loro preconcetti, riguardo all'ipotesi in esame per non esserne influenzati e rafforzare l'accuratezza dei risultati (35). Le interviste sono state trascritte dal ricercatore, per avviare un primo approccio alla familiarizzazione dell'ampiezza e del contenuto dei dati (33). Familiarizzando con i dati si acquisisce il senso della loro totalità, una maggiore comprensione delle frasi pronunciate dai partecipanti e del significato di un termine quando è visto nell'insieme dei dati (36). Le trascrizioni sono state lette ripetutamente al fine di immergersi nel testo ed individuare ogni singolo elemento che il dato vuole fornirci, sono stati individuati dei temi con i relativi sotto temi. Stabilito l'elenco dei temi predominanti essi sono stati trasformati in un resoconto narrativo (37). Per garantire rigore metodologico e fedeltà dei dati sono stati applicati i processi di credibilità, trasferibilità e affidabilità. È stato effettuato anche il member checking, esso consiste nell'inviare la trascrizione ai partecipanti per una revisione, una procedura utile per confermare o migliorare la credibilità dello studio (38). Il controllo dei membri è un mezzo fondamentale per aumentare il rigore degli studi qualitativi perché la credibilità dello studio è inerente alle descrizioni e interpretazione dei fenomeni (39).

RISULTATI

Il campione della popolazione era composto da 7 caregiv-

ver informali di sesso femminile, che prestavano assistenza ad uno dei due genitori e in alcuni casi ad entrambi, affetti da malattia cronica. L'analisi delle interviste ha fatto emergere numerosi sottotemi ricondotti in tre temi principali (Figura 1) che descrivono l'esperienza dei caregiver informali di pazienti con patologie croniche, rispetto all'implementazione della digitalizzazione e della tecnologia in ambito sanitario, nel percorso di cura del proprio caro.

Figura 1. Temi e sottotemi emersi dall'analisi.



TEMA 1: RELAZIONE DI CURA

Il primo tema emerso dall'analisi dei dati si riferisce alla relazione di cura che si instaura tra il caregiver e i professionisti che si prendono cura del proprio assistito. Le intervistate hanno ribadito la necessità di parlare faccia a faccia con il professionista e non attraverso un video. Sottolineano l'importanza di una relazione fisica, l'esigenza di aver un professionista di riferimento nella gestione del proprio caro. Il primo tema nasce dall'emergere di 2 sottotemi: desiderio di avere un rapporto diretto e comunicazione

1.1 Desiderio di avere un rapporto diretto

Dal primo sottotema, emerge il bisogno delle intervisti-

state di continuare ad avere un rapporto in presenza e non virtuale. Una relazione a distanza non ha la stessa dimensione del contatto visivo e del linguaggio corporeo che ha una relazione in presenza (40). Attraverso frasi significative, abbiamo rilevato nelle intervistate la percezione della mancanza di un rapporto con il proprio medico che nella gestione di una patologia cronica è il loro punto di riferimento. In quanto durante il percorso di cura di una malattia cronica il medico non deve solo far diagnosi e prescrivere terapia ma deve far sì che il paziente e il caregiver, diventino capaci di farsi carico della patologia, fornendogli sia le conoscenze e le abilità necessarie per poter realizzare una buona cura, sia un sostegno emotivo e motivazionale, senza il quale la cura non potrebbe essere seguita in maniera regolare e continuativa (41): “*La relazione per me è fondamentale, quindi [...] questo sì, il contatto proprio diretto con il medico o chi per esso*” (Intervista n 2), un caregiver ha riferito la mancanza di un punto di riferimento, di una parola di conforto: “*L’unica cosa è che non avere più rapporto umano... tante volte in certi momenti servirebbe avere una risposta, un conforto*” (Intervista n 3), un partecipante ha riferito che il rapporto con i professionisti attraverso un video perde di calore umano: “*Diventa sempre tutto e sempre di più molto freddo e distaccato [...], secondo me...io essendo anche di vecchia generazione...preferisco sempre avere un rapporto diretto medico – paziente*” (Intervista n 4)). Viene ribadita l’importanza da parte di un partecipante di non perdere il contatto professionista –paziente che per loro risulta essere fondamentale: “*L’importante è ciò che è il contatto e il colloquio vero e proprio con il paziente, non va perso assolutamente di vista [...] preferisco avere un colloquio diretto con il medico che segue mio papà o con i medici che seguono mio papà*” (Intervista n 6).

1.2 Comunicazione

Il secondo sottotema descrive la percezione delle intervistate che utilizzando la tecnologia per assistere il proprio caro viene a mancare una comunicazione chiara ed efficace si sentivano un po’ persi e da soli: “*Anche se tante volte è sempre meglio...un chiarimento o comunque parlare direttamente con qualcuno*” (Intervista n 2). Utilizzo della tecnologia comporta nei caregiver la sensazione di non essere presi in carico dal professionista di riferimento e di non avere le risposte per risolvere i propri dubbi nella gestione del paziente, ciò ha comportato che alcuni partecipanti hanno adottato metodi alternativi per avere dei chiarimenti: “*Però a me online non mi ha risposto nessuno e quindi ho fatto un po’ di testa mia...e vabbè non ci sono solo io come paziente per l’amor di Dio, però dicono di mandare l’e-mail ma almeno leggetela*” (Intervista n 3), un partecipante ha ribadito l’importanza della comunicazione non verbale del contatto visivo: “*La famosa comunicazione non verbale, un operatore stava anche più attento, adesso tante*

volte con la scusa che c’è questo comunicatore non si guarda neanche in faccia la persona” (Intervista n 4).

TEMA 2: EMOZIONI NEGATIVE

Il secondo tema affronta l’argomento delle emozioni negative insorte nei caregiver informali nell’utilizzare la tecnologia nella gestione del proprio assistito, presenta i seguenti sottotemi: scetticismo, resistenza, difficoltà.

2.1 Scetticismo

Dal primo sottotema emerge l’atteggiamento critico che le intervistate hanno nei confronti della tecnologia, riconoscono l’utilità dello strumento ma non sono ancora pronti ad utilizzarlo: “*Certo, come qualsiasi cosa nuova...ehm...incute...ehm...un po’ di scetticismo nei loro confronti...è proprio un fattore umano è quello della prudenza, qualcosa che non si conosce, uno va...ehm detto terra terra va un po’ con i piedi di piombo*” (Intervista n 1), un partecipante riconosce la comodità nell’utilizzare la tecnologia ma non è fiducioso nel farlo: “*Sicuramente utili...sicuramente comodi, ma con riserva, ma non per tutti*” (Intervista n 5). Non si riconosce l’utilità del sistema, i vantaggi che comporta utilizzare uno strumento digitale anche per la riduzione del loro carico di lavoro si rimane scettici: “*Ma...questo per il momento, io...mmm...non dico che sono scettico, ma...praticamente*” (Intervista n 1).

2.2 Resistenza

Dal secondo sottotema emerge l’approccio distaccato delle intervistate rispetto all’implementazione della tecnologia per assistere il proprio caro. Essere scettici di un nuovo strumento comporta una resistenza ad usufruirne si rimane ancorati alle proprie abitudini: “*Eh non ancora, però...mmm...penso di accedervi a breve, anche per avere tutto più sotto controllo, adesso diciamo che tengo l’archivio cartaceo, con tutto...sia il mio pregresso che quello dei miei genitori che assisto. Eh...attualmente ancora alla maniera antica*” (Intervista n 1). Gli strumenti tecnologici venivano visti dai caregiver come qualcosa di difficile applicazione dato la loro età e molto più affine per i giovani: “*E anche lì hai, secondo me, delle limitazioni relative allo smartphone...una persona anziana non ci arriva*” (Intervista n 5), percezione di un sistema lento e macchinoso però: “*Snellire tutto e che sia molto più velocemente*” (Intervista n 6).

2.3 Difficoltà

Con il terzo sottotema emerge la volontà di alcune intervistate di iniziare ad approcciarsi alla tecnologia, ma continuano a non utilizzarla perché presentano delle difficoltà: “*Ma proprio in virtù delle lunghe attese per comunicare con le persone, ad esempio per le prenotazioni delle visite periodiche, cioè dopo più di mezz’ora...non è ammissibile...allora uno si muove fisicamente e in neanche mezz’ora raggiunge il posto per tentare di risolvere*” (Intervista n 1); “*Devo dire che quelle robe lì sono comode da una parte, ma meno dall’altra è [...]*” “*Ehm...da una parte è comoda, perché lo puoi fare tipo se hai cinque minuti al telefono e mandi la e*

– mail, da una parte è comoda, ma dall'altra diventa un'attesa costante...una ricerca costante...un ricordo costante di doversi attaccare al telefonino”(Intervista n 5). La sensazione da parte di alcuni partecipanti di essere dipendenti dagli altri perché non ci si sente bravi nell'utilizzare i dispositivi tecnologici che per loro sono complessi: “A volte diventa difficile, cioè devi avere l'aiuto di qualcuno [...] tutto ciò che invece è la nostra età, cioè io parlo del cinquantenne in su, insomma, credo che qualche difficoltà ce l'abbia” (Intervista n 6).

TEMA 3: LA TECNOLOGIA ... CI HA RESO LA VITA PIU FACILE

Il terzo tema descrive i sentimenti positivi insorti in alcuni partecipanti nell'utilizzare gli strumenti digitali per gestire il proprio malato. Viene messa in risalto, la loro capacità di catturare gli elementi positivi che l'adozione della tecnologia comporta. I sottotemi presenti all'interno di questo tema sono: soddisfazione, comodità, fondamentale.

3.1 Soddisfazione

Dal primo sottotema che è stato catalogato come soddisfazione emerge il piacere da parte delle intervistate di utilizzare gli strumenti tecnologici per assistere il proprio caro: “Stato tempestivo e quindi...pienamente soddisfatto di, di questa tecnologia”(Intervista n 1); “Io sono super favorevole se ovviamente utilizzata con criterio e con metodo... soddisfazione nell'usarla” (Intervista n 2); “Eh sono favorevolissima” (Intervista n 4), la percezione da parte delle intervistate che utilizzando i nuovi strumenti digitali si ha una riduzione dei tempi: “Sia per abbreviare le tempistiche proprio...di consegna di campione piuttosto che le prenotazioni, cioè il tempo si è ridotto anche nel discorso legato alla possibilità di avere celerità maggiore nell'aver le prestazioni sia le risposte ecco” (Intervista n 7); “Si accorciano anche i tempi ecco, che tante volte sono fondamentali” (Intervista n 2).

3.2 Comodità

Il secondo sottotema mette in evidenza l'identificazione da parte dei caregiver informali del ruolo di facilitatore che la tecnologia assume nella gestione del proprio caro, e riduce le distanze tra i professionisti sanitari e il caregiver: “Senza la trafila o...l'attesa delle altre persone, che giustamente devono prenotare anche loro la visita, allora sì, la utilizzo anche io e la trovo molto comoda” (Intervista n 2); “Ehm, allora, ripeto, positiva la rapidità e la comodità della tecnologia”(Intervista n 5); “Cioè è propositivo questo aspetto della tecnologia” (Intervista n 7).

3.3 Fondamentale

Dal terzo sottotema emerge l'importanza di utilizzare la tecnologia per poter continuare il percorso di cura nonostante le difficoltà che sono insorte durante la pandemia da covid 19, quindi ciò ha comportato che gli strumenti digitali sono diventati fondamentali per gestire il paziente con patologia cronica: “Sì, assolutamente, sì, sì, anzi proprio per quello io penso sia fondamentale anche in tempi

come questi dove purtroppo non si può andare di persona a ritirarlo o a fare delle richieste di esami...e...averli su un dispositivo come il computer o il fascicolo sanitario o la cartella clinica in formato digitale è molto più comodo...anche per magari chiedere dei consulti o semplicemente da portare al medico di base [...], per me la tecnologia al giorno d'oggi è fondamentale, proprio come strumento di inclusione generale...perché laddove non può arrivare una persona potrebbe arrivare benissimo un computer” (Intervista n 2); “Per me in certi momenti è molto utile, perché in certi momenti se non ci fosse” (Intervista n 3); “Diciamo che in parte sostituisce quello che a una persona manca” (Intervista n 4).

DISCUSSIONE

Questo studio ha esplorato in profondità l'esperienza dei caregiver informali di pazienti con patologie croniche rispetto all'implementazione della digitalizzazione e della tecnologia in ambito sanitario, nel percorso di cura del proprio caro. La metodologia IPA adottata è stata utile per conoscere più in profondità quali sono i vissuti dei caregiver informali, con lo scopo di aumentare la conoscenza in questo campo. I risultati del presente studio hanno fornito un impegno e contributo unico per comprendere meglio i vissuti dei caregiver informali rispetto all'implementazione della tecnologia nella gestione del proprio caro. I risultati sono molto rilevanti perché potrebbero essere utilizzati per poter pianificare delle azioni di supporto per i caregiver informali e personalizzare l'assistenza rivolta a loro con lo scopo di ridurre il loro carico emotivo nella gestione del proprio assistito.

Il tema della necessità da parte dei caregiver informale di avere una relazione con il curante può aiutarci a comprendere che nonostante i mille vantaggi che la tecnologia ci fornisce non dobbiamo mai trascurare l'aspetto umano che è risultato essere importante. Diversi sono gli studi che hanno affrontato questo argomento. Alcuni autori hanno affermato che la Telemedicina mostrava alcuni limiti nella sua applicazione, dovuti alla percezione, da parte degli utenti, di non poter avere una relazione fisica, faccia a faccia con i sanitari, oppure diversi utenti mostravano scetticismo nell'efficacia della Telemedicina (42).

Alcuni dei motivi più comuni perché i caregiver familiari non accedono alla cartella clinica digitale del paziente era la preferenza di parlare direttamente con il proprio medico (43).

Oltre alla mancanza di una relazione fisica nelle intervistate e insorta la percezione della mancanza di una comunicazione chiara, non si sentivano presi in carico e lasciati da soli nella gestione del malato. Un altro aspetto emerso dal nostro studio confermato dalla letteratura è l'atteggiamento di resistenza che i caregiver informali mettono in atto per non utilizzare la tecnologia per il proprio assistito, ma vi è la voglia di rimanere ancorati al passato. I caregiver informali sono riluttanti a cedere i propri dati personali

alle tecnologie connesse (44). Un problema importante per i caregiver informali e i loro assistiti e la mancanza di privacy che viene a mancare con l'adozione delle tecnologie, i caregiver informali temono che il monitoraggio da remoto del proprio assistito possa essere invadente per la vita personale e vogliono disattivarlo (45).

Oltre l'aspetto della resistenza da parte dei caregiver informali di utilizzare gli strumenti digitali, dallo studio è emerso anche il sentimento di scetticismo che i caregiver informali presentano nei confronti della tecnologia. Timore di utilizzare uno strumento nuovo. Il principale fattore del basso utilizzo della tecnologia da parte dei caregiver informali e la mancanza di consapevolezza dei vari ambiti di attività della stessa (46). La letteratura sottolinea che i caregiver informali spesso non sono consapevoli di ciò che la tecnologia può fare per loro e di cosa può fare per aiutarli nelle loro attività quotidiane (47-49).

Viene anche affrontato l'argomento della difficoltà dei caregiver informali ad utilizzare gli strumenti tecnologici per la complessità dello strumento, alcuni partecipanti hanno riferito di aver iniziato ad utilizzare gli strumenti digitali per la gestione del proprio caro, ma si è rilevata un'operazione piuttosto complicata. I caregiver informali hanno espresso preoccupazione affinché la tecnologia sia facile da usare, accessibile e funzionale e ricevano formazione (50). Alcuni autori hanno sollevato la questione del "divario digitale", riferendosi al divario tra coloro che possono utilizzare le tecnologie basate su Internet e coloro che non possono. I caregiver informali più giovani potrebbero non avere problemi nell'uso della tecnologia digitale, i caregiver informali di persone affette da demenza, come partner o coniugi, nella maggior parte dei casi sono essi stessi anziani quindi potrebbero riscontrare difficoltà nell'utilizzo dei sistemi tecnologici (51). Ridurre la complessità delle tecnologie digitali, supportarne l'accesso con il potenziale contributo degli operatori sanitari e aiutare a comprendere i potenziali benefici che potrebbero derivare dall'uso della tecnologia può aiutare a colmare il divario (45,51,52).

Non solo sentimenti negativi sono emersi dall'analisi dei dati ma anche delle emozioni positive nell'utilizzare gli strumenti digitali a tal punto da diventare fondamentali. Sensazioni descritte anche in letteratura, i caregiver vedono la tecnologia come una preziosa aggiunta alle loro routine di assistenza, aprendo loro una serie di opportunità per migliorare la loro fornitura di assistenza e ridurre il loro carico assistenziale (44). L'utilizzo della videoconferenza e di Internet, potrebbero avere un ruolo nel migliorare la comunicazione tra i caregiver e il personale sanitario, aggiungendo valore a quell'interazione rispetto alla tradizionale conversazione telefonica (11). Alcuni caregiver informali vedono le tecnologie Health come un mezzo per migliorare la loro qualità di vita attraverso una

migliore gestione dell'assistenza, riducendo i livelli di ansia, carico e frustrazione e anche incidendo positivamente sulla qualità di vita delle persone con disabilità (53) and provide support to caregivers. This study explored perspectives of older adults with Alzheimer's disease (AD). Attraverso un approccio qualitativo è stato affrontato un argomento relativamente nuovo nel contesto sanitario e prodotto delle conoscenze che prendono in considerazione non il paziente, ma il proprio contesto familiare in particolar modo il caregiver informale. Sono stati esplorati le percezioni e i sentimenti emotivi dei caregiver, ciò ci permette di erogare un'assistenza sempre più personalizzata, perché come già detto la malattia cronica non coinvolge solo il paziente ma anche la sua famiglia. Comprendere i bisogni dei caregiver durante il processo di assistenza, attuare degli interventi per la soddisfazione, comporta una riduzione del loro carico emotivo quindi un miglioramento della qualità assistenziale.

Limiti del presente studio

I risultati prodotti da questo studio sono le percezioni e le emozioni di soli sette caregiver di pazienti con patologia cronica, su un campione piuttosto generale senza distinzione di sesso di età e di patologia, essi sono piuttosto generali bisogna approcciarsi con molta attenzione, forniscono un buon punto di partenza per ricerche future. Future ricerche potrebbero concentrarsi sull'esplorare le percezioni e i sentimenti emotivi dei caregiver di pazienti con patologia cronica differenziando rispetto al sesso, età e patologia per comprendere se vi sono differenze tra l'impatto emotivo nei pazienti di sesso femminile e di quello maschile. L'età è una componente importante da affrontare perché caregiver giovani considerati nativi digitali avranno un approccio diverso rispetto ai caregiver più anziani. Le emozioni cambiano in base alla patologia e alla fase in cui essa si trova? Nonostante i limiti possiamo affermare che i temi emersi dal presente studio rispecchiano in parte ciò che la letteratura dice sull'argomento

CONCLUSIONI

Il presente studio attraverso un approccio qualitativo ha esplorato in profondità l'esperienza dei caregiver informali di pazienti con patologie croniche rispetto all'implementazione della digitalizzazione e della tecnologia in ambito sanitario, nel percorso di cura del proprio caro. I temi emersi mettono in evidenza che è un argomento piuttosto inesplorato. Vi sono percezioni ed emozioni diverse, si passa dalla resistenza ad utilizzare la tecnologia ad un parere piuttosto favorevole, vi sono due mondi distinti tra di loro. I risultati di questo studio rappresentano l'inizio di un lungo percorso di ricerca, con l'obiettivo di personalizzare gli interventi rivolti ai caregiver, concentrandoci sempre di più sulla loro figura che risulta essere fondamentale nella gestione di un paziente con patologia croni-

ca. Aiutare gli scettici a comprendere come funzionano le tecnologie in ambito sanitario, con il fine di aumentare la loro compliance nell'adozione di esse, per snellire il loro lavoro di assistenza e migliorare la loro qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. Noncommunicable Disease, & Mental Health Cluster. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. World Health Organization. 2002, 11.
- Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. 2016; 8-16.
- Giorgi G. Il paziente cronico e le medicine specialistiche riabilitative delle cure correlate. *G Ital Med Lav Erg*. 2018; 40 (1), 6-21.
- Bayliss EA. Descriptions of Barriers to Self-Care by Persons with Comorbid Chronic Diseases. *The Annals of Family Medicine*. 2003;1(1):15-21.
- McWilliam CL. Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic Illness*. 2009;5(4):277-292.
- Banchero A, Trabucchi M. Le cure domiciliari: caratteristiche e condizioni di successo. *Tendenze Nuove*. 2011;11(4):339-354.
- Rocchi S, Boraso A, Bettinardi O, Ghidelli C. La malattia cardiaca cronica come evento critico familiare. *G Ital Cardiol*. 2006;7(3):186-191.
- Fiese BH. Who Took My Hot Sauce? Regulating Emotion in the Context of Family Routines and Rituals. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. 2006; 269-290
- Petrollini M, Lamura G. L'anziano non autosufficiente e la rete di sostegno familiare. *Dif Soc*. 2002; 81:105-116.
- White Y, Grenyer BFS. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 1999;30(6):1312-1320.
- Bernocchi P, Comini L, Rocchi S, Bruletti G, Scalvini S. Le nuove tecnologie telematiche applicate in sanità possono aiutare il caregiver? *G Ital Med Lav Erg* 2008;30(3), 27-31.
- Pazzaglia C, Pegreffi F. La salute del caregiver. Bologna: Bononia University Press; 2021;72-73.
- Nobili G, Massaia M, Isaia GC, Cappa G, Pilon S, Mondino S, et al. Valutazione dei bisogni del caregiver di pazienti affetti da demenza: esperienza in una unità di valutazione Alzheimer. *Giornale di Gerontologia*. 2011; 59:71-74.
- George LK, Gwyther LP. Caregiver Weil-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults I. *The Gerontologist*. 1986;26(3):253-259.
- Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Hauck WW, Lindeman DA, et al. The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*. 1993;12(2):164-176.
- Pocetta G, Broccucci B. Sense of coherence e burden of care nei caregiver familiari dei pazienti neoplastici in tempo di covid19. *Sist Salute*. 2021;65(2):226-250.
- Dang S, Penney LS, Trivedi R, Noel PH, Pugh MJ, Finley E, et al. Caring for Caregivers During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(10):2197-201.
- Deponte A, Palmeri R, De Mompugno E, Galvano G. Un osservatorio per i caregiver di persone con demenza - 2021 [citato 22 agosto 2023]. Disponibile su: <http://www.luoghidicura.it>.
- Li Y, Li J, Zhang Y, Ding Y, Hu X. The effectiveness of e-Health interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2022; 127:104179.
- Pagán-Ortiz ME, Cortés DE, Rudloff N, Weitzman P, Levkoff S. Use of an Online Community to Provide Support to Caregivers of People with Dementia. *J Gerontol Soc Work*. 2014;57(6-7):694-709.
- Shreve J, Baier RR, Epstein-Lubow G, Gardner RL. Dementia caregivers' technology preferences: Design insights from qualitative interviews. *Gerontechnology*. 2016;14(2):89-96.
- Lee E. Do Technology-Based Support Groups Reduce Care Burden Among Dementia Caregivers? A Review. *J Evid-Inf Soc Work*. 2015;12(5):474-87.
- De Angelis L, Frfontoti G, Lucchetti F, Renzulli F, Salamone F. La gestione da remoto del paziente anziano con dolore. - Il Trattamento del dolore a distanza. *Quale Terapia farmacologica*. 2021; 11, 15-16.
- Nizza IE, Farr J, Smith JA. Achieving excellence in interpretative phenomenological analysis (IPA): Four markers of high quality. *Qualitative Research in Psychology*. 2021;18(3):369-386.
- Peat G, Rodriguez A, Smith J. Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evidence Based Nursing* 2019;22(1):7-9.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods: Theory and practice*. 2015;
- Vellone E, Sinapi N, Rastelli D. [Phenomenology and phenomenological method: their usefulness for nursing knowledge and practice]. *Professioni Infermieristiche* 2000; 53:237-242.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE .2009
- Smith JA. *Interpretative phenomenological analysis:*

- Getting at lived experience. *The Journal of Positive Psychology*. 2017;04721-011
30. Mortari L, Saiani L. Alcune riflessioni sulla ricerca qualitativa. *Assist Inferm Ric*. 2013; 32:175–7.
31. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(12):2954–65.
32. McIntosh MJ, Morse JM. Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*. 2015; 2, 1-12.
33. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101.
34. Chan ZC, Fung Y ling, Chien W tong. Bracketing in phenomenology: Only undertaken in the data collection and analysis process. *The Qualitative Report*. 2013;18(30):1–9.
35. Tufford L, Newman P. Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work*. 2012;11(1):80–96.
36. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching & Learning*. 2018;10(6):807–15.
37. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*. 2017;16(1):1-13
38. Thomas DR. Feedback from research participants: are member checks useful in qualitative research? *Qualitative Research in Psychology*. 2017;14(1):23–41.
39. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newberry Park. 1985
40. Diamare S, Cinquegrana G, D'Anna E, Glorioso A, La Pignola L, Liuzzi A, et al. Umanizzazione del rapporto operatore sanitario-utente e miglioramento della qualità dei servizi. 2021; 283, 50-53.
41. Ciaccio S, Valentini U. Il ruolo dell'educazione terapeutica nella cronicità. *MeDia*. 2011; 11:139–44.
42. Burrai F, Gambella M, Micheluzzi V. Ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nell'assistenza dei pazienti in dialisi domiciliare e possibili effetti sugli outcome assistenziali. *G Clin Nefrol E Dialisi*. 2022;34(1):80–86.
43. Raj M, Iott B. Evaluation of Family Caregivers' Use of Their Adult Care Recipient's Patient Portal from the 2019 Health Information National Trends Survey: Secondary Analysis. *JMIR Aging*;4(4): e29074.
44. Xiong C, D'Souza A, El-Khechen-Richandi G, Mihailidis A, Cameron JJ, Astell A, et al. Perceptions of Digital Technology Experiences and Development Among Family Caregivers and Technology Researchers: Qualitative Study. *JMIR Formative Researches*. 2022;6(1): e19967.
45. Guisado-Fernández E, Giunti G, Mackey LM, Blake C, Caulfield BM. Factors Influencing the Adoption of Smart Health Technologies for People with Dementia and Their Informal Caregivers: Scoping Review and Design Framework. *JMIR Aging*. 2019;2(1): e12192.
46. Lorenz K, Freddolino PP, Comas-Herrera A, Knapp M, Damant J. Technology-based tools and services for people with dementia and carers: Mapping technology onto the dementia care pathway. *Dementia*. 2019;18(2):725–41.
47. Boger J, Quraishi M, Turcotte N, Dunal L. The identification of assistive technologies being used to support the daily occupations of community-dwelling older adults with dementia: a cross-sectional pilot study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2014;9(1):17–30.
48. Olsson A, Engström M, Skovdahl K, Lampic C. My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care: My, your and our needs for safety and security. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(1):104–112.
49. Van Den Heuvel E, Jowitt F, McIntyre A. Awareness, requirements and barriers to use of Assistive Technology designed to enable independence of people suffering from Dementia (ATD). *Technology and Disability*. 2012;24(2):139–48.
50. Huelat B, Pochron ST. Stress in the Volunteer Caregiver: Human-Centric Technology Can Support Both Caregivers and People with Dementia. *Medicina*. 2020;56(6):257.
51. Hopwood J, Walker N, McDonagh L, Rait G, Walters K, Iliffe S, et al. Internet-Based Interventions Aimed at Supporting Family Caregivers of People with Dementia: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(6): e216.
52. Thordardottir B, Malmgren Fänge A, Lethin C, Rodriguez Gatta D, Chiatti C. Acceptance and Use of Innovative Assistive Technologies among People with Cognitive Impairment and Their Caregivers: A Systematic Review. *BioMed Research International*. 2019; 2019:1–18.
53. Wang RH, Sudhama A, Begum M, Huq R, Mihailidis A. Robots to assist daily activities: views of older adults with Alzheimer's disease and their caregivers. *International Psychogeriatrics*. 2017;29(1):67–79.

Il tocco empatico nell'ambito delle cure palliative. La prospettiva dell'infermiere e la sua percezione: revisione narrativa di studi qualitativi

Empathic touch in palliative care. The nurse's perspective and perception: narrative review of qualitative studies

Valentina Biglieri, Infermiere libero professionista

RIASSUNTO

Introduzione L'utilizzo del contatto fisico costituisce un elemento intrinseco nell'esperienza e nel comportamento umano, in quanto gli individui si impegnano in interazioni tattili lungo tutto il corso della loro esistenza. Questo atto di toccare rappresenta un mezzo di comunicazione non verbale universalmente riconosciuto e fondamentale nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Nonostante l'importanza del tocco nelle cure palliative sia ampiamente riconosciuta, vi è ancora una carenza di ricerche approfondite che esplorano le percezioni e i vissuti degli infermieri. Comprendere come gli infermieri interpretano e sperimentano l'uso del tocco può fornire *insight* preziosi per migliorare le pratiche assistenziali e promuovere un approccio più olistico alla cura dei malati terminali.

Materiali e metodi È stata condotta una revisione narrativa di studi qualitativi tra giugno 2023 e settembre 2023 interrogando le Banche Dati *PubMed*, *CINAHL* e il motore di ricerca *Google Scholar*, avvalendosi del supporto del format PS. Sono stati trovati n° 50 articoli, di cui ne sono stati selezionati n° 5 rispondenti al quesito di ricerca.

Risultati Dall'analisi degli articoli sono emerse cinque tematiche principali: comunicare senza le parole, il tocco che avvicina, essere *toccati* dal tocco, il tocco gratificante e la distanza emotiva generata dal tocco.

Queste tematiche rivelano il tocco come un elemento fondamentale nella pratica infermieristica palliativa, sottolineando la sua capacità di creare connessioni con i pazienti, fornire gratificazione, facilitare il contatto umano. Tuttavia, è importante notare che la sensibilità e l'inteso coinvolgimento associati al tocco possono anche creare delle barriere emotive per gli infermieri.

Conclusioni Il tocco diventa un elemento determinante nell'arricchire l'esperienza degli infermieri stessi, oltre a rappresentare un linguaggio che ci consente di riscoprire e riaffermare questa connessione fondamentale nella relazione di cura.

Parole chiave *Therapeutic Touch, nurse perception, palliative, cancer patients, hospice and palliative care nursing.*

ABSTRACT

Introduction The use of physical touch constitutes an intrinsic element in human experience and behavior, as individuals engage in tactile interactions throughout the course of their existence. This act of touch represents a universally recognized and fundamental means of non-verbal communication in nursing care. Although the importance of touch in Palliative Care is widely recognized, there is still a dearth of in-depth research exploring nurses' perceptions and experiences. Understanding how nurses interpret and experience the use of touch can provide valuable insights to improve nursing practices and promote a more holistic approach to caring for the terminally ill.

Materials and methods A narrative review of qualitative studies was conducted between June 2023 and September 2023 by querying PubMed Databases, CINAHL and Google Scholar search engine, making use of the PS format support. N° 50 articles were found, of which N° 5 were selected as answering the search question.

Results Five main themes emerged from the analysis of the articles: communicating without words, touch that brings one closer, being touched by touch, gratifying touch, and the emotional distance generated by touch. These themes reveal touch as a key element in palliative nursing practice, emphasizing its ability to create connections with patients, provide gratification, facilitate human contact. However, it is important to note that the sensitivity and intended involvement associated with touch can also create emotional barriers for nurses.

Conclusion Touch becomes instrumental in enriching the experience of the nurses themselves, as well as representing a language that allows us to rediscover and reaffirm this fundamental connection in the nursing relationship.

Keywords *Therapeutic Touch, nurse perception, palliative, cancer patients, hospice and palliative care nursing.*

INTRODUZIONE

Le Cure Palliative sono un approccio curativo globale che mirano a produrre effetti fisici, emozionali, sociali e spirituali per migliorare il benessere e la dignità della persona. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità di vita della persona in fase terminale e della sua famiglia (1). Sulla base dei dati disponibili in letteratura, ogni anno in Italia fra le 450.000 e le 500.000 persone adulte manifestano il bisogno di cure palliative nel corso del processo di fine vita. Di questi, il 60% presenta patologie croniche degenerative non oncologiche, mentre il restante 40% è affetto da cancro (2). Il *Ministero della Salute* (1) definisce il paziente oncologico terminale una persona affetta da una forma di cancro che si trova nelle fasi finali e che non risponde più alle terapie curative. Nel contesto delle cure palliative, il ruolo dell'infermiere si sviluppa attraverso una serie di punti fondamentali che delineano la sua essenza. Uno di questi aspetti chiave è rappresentato dal concetto di *"prendersi cura"*, che va oltre la semplice idea di trattamento e intervento terapeutico. Questo significa essere presenti per promuovere la qualità di vita del paziente, considerando la sua visione personale e i valori culturali che lo guidano, nonché il contesto in cui vive. È fondamentale rispettare appieno l'autonomia e i valori della persona malata, ciò implica fornire informazioni chiare sulla sua situazione e sulle possibilità di cura e assistenza (3).

Il *touch* (letteralmente "Tocco") è una parte essenziale nel nursing: viene utilizzato frequentemente durante l'assistenza, per aiutare il paziente nelle attività di vita quotidiana, nella terapia, ma anche come parte fondamentale della comunicazione (4).

Come affermò Cicely Saunders (5): *"Gran parte della nostra capacità di comunicare con le persone avviene senza il bisogno di parole, e secondo me questo è particolarmente vero per i malati molto gravi."* L'atto del toccare può arrivare dove l'ascolto di una voce, di un messaggio empatico o di un suono non riescono. Il tatto è, tra i cinque sensi, il primo a svilupparsi nel neonato e l'ultimo a scomparire durante il processo di fine vita e utilizza come strumento di percezione degli stimoli la pelle, l'organo più esteso del corpo umano e più ricco di recettori sensoriali (6). Toccare o ricevere un tocco costituisce, dunque, una delle esperienze più comuni e allo stesso tempo più significative dell'intera esistenza.

Nel processo di cura si distinguono due tipologie principali di tocco: il tocco gnostico e il tocco pathico. Il tocco gnostico è un tocco intenzionale, volto alla raccolta di informazioni sulla localizzazione di un dolore riferito, sulla consistenza di una tumefazione rilevata, sullo stato di contrazione di un muscolo, tutte informazioni necessarie all'interpretazione di un quadro clinico e all'elaborazione di un piano assistenziale funzionale alla risoluzione del

problema rilevato o ancora finalizzato all'esecuzione di una procedura (somministrazione di terapia endovenosa, cure igieniche, cambio di una medicazione). Si tratta, per cui, di un gesto tecnico-pratico. Mentre il *tocco pathico*, è un tocco intenzionale, volto alla riduzione della distanza fisica per comunicare empatia, supporto emotivo, ascolto dei bisogni dell'altro, disponibilità all'aiuto, un senso di accoglienza. Con questa intenzionalità, il tocco assume un significato ancora più profondo nel contesto delle cure palliative in cui il processo del morire viene supportato tanto quanto il processo di cura in altri setting assistenziali (6).

Il concetto di contatto rivela un linguaggio emotivo-affettivo che Marie de Hennezel (1998) ha identificato con il termine di *"aptonomia"*, in cui l'aspetto centrale dell'affettività è rappresentato dalle percezioni sensoriali, le quali acquisiscono maggiore rilevanza nei momenti di estrema fragilità, come l'inizio e la fine vita, quando il bisogno di connessione raggiunge il suo apice. L'origine dell'aptonomia risale a circa sessant'anni fa ed è stata formulata da Franz Veldman, un medico olandese, inizialmente applicata nel rapporto tra genitori e figli e successivamente estesa alla fase terminale di vita. L'insegnamento fondamentale dell'aptonomia è la capacità di offrire un contatto psico-tattile attraverso il quale l'individuo ritrova la percezione della propria integrità, del suo valore e della sua unicità come persona. Nell'ambito delle relazioni aptonomiche, l'attenzione si focalizza spesso su gesti semplici, ciò che assume importanza è la motivazione e l'intenzionalità sottostante (7).

Anche la fondatrice della moderna professione infermieristica, Florence Nightingale, riconobbe l'importanza del tocco come elemento fondamentale per garantire una buona assistenza infermieristica (8). Il contatto fisico non è soltanto un'azione meccanica, ma è anche una forma di comunicazione non verbale che trasmette calore umano, presenza, empatia e sostegno (3). Tra le diverse modalità di tocco esiste anche il *Nurturing Touch* (tocco che nutre), ideato dalla terapeuta neozelandese Peggy Dawson circa trent'anni fa, sviluppato principalmente per le persone affette da patologia oncologica. È una tecnica di massaggio che nutre, insegnando a comprendere la sofferenza e aiutando a superare le barriere dell'isolamento della paura e del rifiuto. Questo tipo di massaggio è caratterizzato da pressioni leggere, carezze, abbracci e movimenti circolari al fine di trasmettere gentilezza, attenzione ed affetto e, contribuendo al benessere globale della persona (9). Numerose evidenze in letteratura supportano l'effetto di interventi tattili non procedurali compiuti dal professionista infermiere e miglioramenti in importanti outcome di salute, quali il dolore (10), la percezione ansiosa (11) e l'angoscia sintomatica (12), soprattutto sulla tollerabilità della sintomatologia dolorosa e sul carico emotivo dei pazienti con cancro in fase terminale (10,13,14).

Nonostante il tocco abbia dimostrato la sua utilità nel campo dell'assistenza sanitaria, il tema del contatto fisico non procedurale e non terapeutico è stato scarsamente esplorato sia nella ricerca che nella pratica clinica. Tuttavia, è importante per gli infermieri comprendere il suo significato, il modo in cui viene utilizzato e le percezioni associate ad esso (15). Inoltre, l'importanza di questa dimensione, la percezione e l'esperienza degli infermieri rispetto al tocco nei malati oncologici terminali non sono stati ancora sufficientemente indagati (16). Comprendere come gli infermieri percepiscono e vivono il tocco durante l'assistenza ai pazienti in fase terminale può fornire una preziosa chiave di lettura per migliorare l'approccio assistenziale e promuovere una cura più empatica e centrata sulla persona.

Materiali e metodi

Lo studio di ricerca è stato condotto, tra giugno 2023 e settembre 2023, attraverso l'utilizzo della metodologia della revisione della letteratura di studi qualitativi selezionati. La ricerca è stata effettuata interrogando le banche dati PubMed, CINAHL e il motore di ricerca Google Scholar, attraverso la combinazione di parole chiave (*Therapeutic Touch, nurse perception, palliative, cancer patients, hospice and palliative care nursing*) e usufruendo del format PS (Tabella 1) (17).

Tabella 1 Format PS

P (Population and problem)	Infermieri che lavorano in Cure Palliative, che assistono i pazienti oncologici in fase terminale
S (Situation)	Esplorare il vissuto e le percezioni degli infermieri rispetto al tocco nell'assistenza al paziente oncologico terminale

Per analizzare e selezionare gli studi da includere in questa revisione di letteratura è stata presa in riferimento la guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta – Analyses) (Fig.2). In totale sono stati inclusi cinque articoli rispondenti al quesito di ricerca: *Qual è la percezione e l'esperienza vissuta dagli infermieri che lavorano nell'ambito delle Cure Palliative rispetto al tocco nei malati oncologici terminali?*

CAPITOLO 3 – Analisi degli articoli

Dopo aver selezionato gli articoli, è stata condotta un'analisi tematica raggruppando i contenuti raccolti dalle interviste presenti negli articoli in base alle loro affinità e similitudini. In questo modo, sono state individuate le categorie principali e le relative tematiche riguardanti l'utilizzo del tocco/massaggio nei pazienti oncologici terminali all'interno delle cure palliative.

I temi finali individuati sono stati:

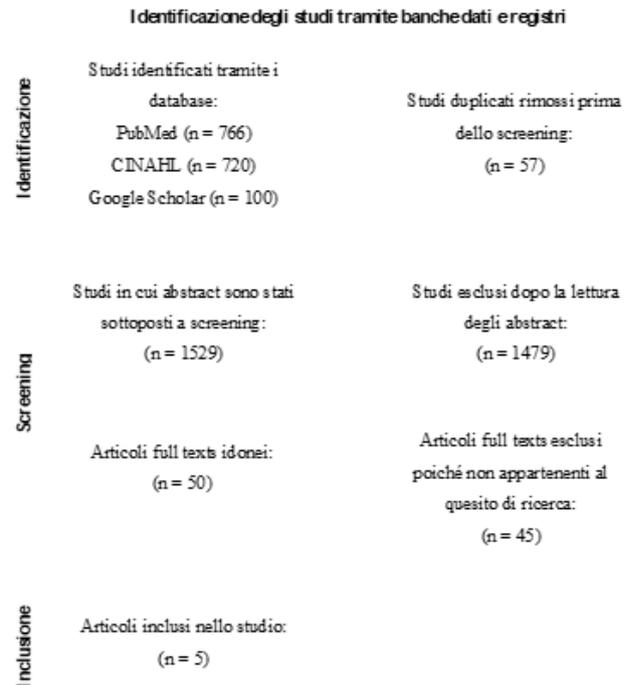


Figura 2. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only (18).

Tema 1. Comunicare senza le parole: “Stai tranquillo, sono qua con te, ti sento, non ti abbandono”

La comunicazione non verbale attraverso il tocco si riferisce a una forma di espressione umana in cui il contatto fisico viene utilizzato come mezzo per trasmettere emozioni, intenzioni e significati senza il ricorso alle parole. Questo tipo di comunicazione si basa sulla capacità di interpretare e veicolare messaggi attraverso contatti tattili, come carezze, abbracci, strette di mano e altri gesti simili, altrettanto potenti e significativi quanto il linguaggio verbale: *“Tante cose, un mix di sentimenti ed emozioni, difficili da tradurre in parole. Si arriva a condividere le emozioni del paziente stesso”* (16). La mano che si posa con gentilezza non crea barriere, ma avvolge, accoglie e riceve. Quando questo intento è presente, ogni contatto con il corpo del paziente si trasforma in un'opportunità per riconoscere non solo un corpo, ma anche una persona unica e singolare, ascoltando le necessità e le emozioni dell'altro: *“When I [...] go in I put my hands on them for a few minutes without even moving my hands and I think about what I hope to accomplish with my touch, my heart and my mind (“Quando [...] entro, metto le mani su di loro per qualche minuto senza nemmeno muoverle e penso a ciò che spero di ottenere con il mio tocco, il mio cuore e la mia mente”)* (19). Tenere la mano a persone che si avvicinano al fine vita significa trasmettere un messaggio profondo: qualsiasi cosa accada, cammineremo insieme lungo questo percorso fino a quando entrambi saremo vivi, rivi-

vendo insieme i momenti salienti della tua vita. E quando giungerà il momento, mi prenderò cura del tuo corpo, affinché possa essere preservato nel ricordo dei tuoi cari (20). Un'infermiere ha affermato: "Attraverso il tocco riesco a dirti che io ci sono, ci sono per aiutarli..." (20). Laddove le parole potrebbero risultare limitate, il tocco fornisce un canale diretto per esprimere empatia, affetto e solidarietà, una testimonianza silenziosa del nostro desiderio di essere presenti per gli altri.

Tema 2. Il tocco che avvicina: "And, it seems to bring a depth of...connection"

Nel contesto delle cure palliative, specialmente per i pazienti oncologici terminali, il tocco assume un significato profondamente umano ed empatico. Queste testimonianze sotto citate rivelano come il tocco assuma un ruolo fondamentale nell'assistenza durante l'ultima fase di vita. Il senso del tatto, essendo l'ultimo dei sensi a svanire, diventa un canale prezioso di conforto e supporto, rappresentando una connessione fisica ed emotiva che supera le parole, mentre affrontano la sfida della malattia terminale: "I felt my hands tingling the whole time. I guess you would call that perhaps an interchange of energy or something, I don't know" ("Ho sentito le mie mani formicolare per tutto il tempo. Credo che si possa definire un interscambio di energia o qualcosa del genere, non so...") (19). Coloro che praticano gesti di tocco sottolineano semplicemente la capacità di creare un legame significativo con la persona, contribuendo a renderla più aperta all'interazione: "Rompi quelle barriere di separazione di ruoli infermiere e paziente e allo stesso tempo rompi le barriere della non conoscenza reciproca" (16). Il tocco permette di stabilire un'empatia unica e una fiducia straordinaria, elementi fondamentali per svolgere il proprio ruolo in modo efficace: "...col tocco noi vogliamo trasmettere fiducia, un messaggio implicito che indica che il paziente si può fidare di noi..." (20). Queste narrazioni mettono in evidenza l'importanza del tocco empatico nell'ambito dell'assistenza infermieristica, in quanto non solo facilita il benessere del paziente, ma ha anche un impatto sul benessere emotivo dell'infermiere stesso.

Tema 3. Essere toccati dal tocco: "C'è stata una condivisione di sensazioni, una vera empatia allo stato puro..."

Attraverso l'uso delle mani e l'azione del tocco, l'infermiere sperimenta sé stesso come essere umano e riconosce l'assistito nella sua totalità: "Sono entrata in stanza e, mentre parlavamo, ho iniziato a massaggiarla dolcemente, la paziente si è rilassata, si è lasciata andare e serenamente si è addormentata per l'ultima volta. Io in quel momento ho percepito proprio queste sue sensazioni e mi sono rilassata

anche io..." (16). Uno dei partecipanti ha descritto come ha vissuto l'esperienza di entrare in una dimensione completamente nuova della sua vita: "I am privileged to see the world with eyes that are not mine. With eyes observing so intensely, only like you are able to when you know that you are soon going to leave" ("Perché ho il privilegio di vedere il mondo con occhi che non sono i miei. Con gli occhi che osservano così intensamente, solo come sai fare quando sai che presto te ne andrai") (21). Le mani diventano quindi l'intermediario tra l'infermiere e il paziente, permettendo loro di sentirsi vicini, compresi e supportati in modo speciale.

Tema 4. Il tocco gratificante: "Mi sono sentito utile per lui"

Il tocco può portare ad una sensazione di realizzazione e soddisfazione professionale per l'infermiere, sottolineando l'importanza del lato umano: "It certainly makes me feel I'm doing something valuable for her and am making her life a little more comfortable" (Di certo mi fa sentire che stessi facendo qualcosa di prezioso per lei e che le sto rendendo la vita un po' più confortevole") (22). All'interno della ricerca, è emerso che i partecipanti hanno riscontrato un senso di maggior utilità verso i propri assistiti e un entusiasmo nel poter offrire conforto attraverso l'impiego del tocco/massaggio nella loro pratica professionale. Un infermiere ha affermato: "It was very rewarding for me to be able to meet people on this very different level, this very personal, private level that you just don't get to, or that I don't get to with most people" ("È stato molto gratificante per me poter incontrare le persone a un livello molto diverso, un livello molto personale e privato che non si raggiunge, o che io non riesco a raggiungere con la maggior parte delle persone") (19). Sapere di aver apportato un impatto positivo nella vita dei pazienti attraverso un contatto personale può essere estremamente gratificante: "The reaction and experience I was expecting didn't happen at all and instead of being very difficult it turned out being rewarding, warm, emotional, enjoyable and all sorts of emotions I can't explain and that I won't forget" ("La reazione e l'esperienza che mi aspettavo non si sono affatto verificate e, invece di essere molto difficili, si sono rivelate gratificanti, calde, emozionanti, piacevoli e ogni sorta di emozioni che non posso spiegare a che non dimenticherò") (22).

Tema 5. La distanza emotiva generata dal tocco: "Era difficile stare lì con loro"

Per molti infermieri, il tocco procedurale diventa una sorta di rifugio, creando una barriera che li separa dal contatto diretto con il corpo del paziente. Quando l'empatia

con il paziente diventa particolarmente intensa, è possibile che l'infermiere cerchi una forma di distanziamento, manifestata attraverso ciò che viene definito come "tocco freddo", riservato a coloro che si rifugiano nella procedura tecnica.

In questo contesto, l'incontro con i corpi segnati dalla malattia può rappresentare una sfida, specialmente quando il dolore e la sofferenza subiscono forme intense: *"In one way, you really want to do something but there is nothing to do. You cannot take away their pain; you cannot relieve them from their suffering. One must only be there together with them. In a room filled with pain and sadness"* (*"In un certo senso, vuoi davvero fare qualcosa ma non c'è niente da fare. Non puoi eliminare il loro dolore; non puoi alleviarli dalla sofferenza. Bisogna solo essere lì insieme a loro. In una stanza piena di dolore e tristezza"*) (21). Da ciò emerge la necessità per il professionista di esplorare il proprio atteggiamento verso la sofferenza e la malattia, comprendere le difese e le paure personali, e trovare la capacità di esprimere e condividere le proprie emozioni in questo contesto. Un'infermiera ha affermato: *"A volte ti risuonano i ricordi... Ricordo spesso mia madre quando ci sono questi pazienti anziani. Sentire le ossa del paziente quando è cachettico mi richiama quella sensazione di fragilità e tenerezza"* (16).

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati reperiti grazie alla ricerca e l'estrapolazione di testimonianze derivate dagli articoli citati, è stato possibile comprendere le dinamiche interpersonali e comunicative che si sviluppano tra gli infermieri e i pazienti in una fase così delicata della vita. Il tocco si rivela, in quest'ottica, uno strumento per trasmettere supporto, conforto, calore umano in tutte quelle condizioni in cui non è più ipotizzabile una guarigione del malato nonché l'elemento di comunicazione tra chi fornisce e chi riceve cure assistenziali. Questi elementi, quando connessi alla riflessione, creano un terreno fertile per una pratica empatica e centrata sul paziente, arricchendo la relazione e contribuendo al benessere complessivo dei pazienti e degli infermieri stessi (23).

Alla luce dei temi emersi risulta che:

La formazione sull'uso del tocco empatico è fondamentale per gli infermieri. Appare ragionevole ipotizzare lo sviluppo attraverso la formazione universitaria di curricula o unità didattiche per l'utilizzo del tocco come intervento terapeutico e compassionevole, tramite basi teoriche (19). Inoltre il professionista dovrebbe considerarlo non come un ulteriore impegno ma come un valore aggiunto alla professione, al fine di sviluppare competenze empatiche da sfruttare in ogni contesto assistenziale (16).

Il potere del tocco empatico nell'alleviare lo stress e l'ansia degli infermieri. Il tocco empatico può attivare

risposte fisiologiche positive nel corpo, come la riduzione del cortisolo (ormone dello stress) e l'aumento del rilascio di endorfine (ormoni del benessere), riducendo così il rischio della sindrome del burnout (24). Pertanto, le istituzioni sanitarie potrebbero trarre vantaggio da programmi formativi in cui gli infermieri acquisiscano consapevolezza dei propri sentimenti durante varie forme di interazione fisica con i pazienti e apprendano a gestire situazioni di contatto emotivamente coinvolgenti (25).

La consapevolezza culturale. In un contesto sempre più multiculturale e diversificato, gli infermieri devono conoscere come le diverse culture attribuiscono significati e valori diversi al tocco. Alcune culture potrebbero considerare il contatto fisico come un gesto di affetto e intimità, mentre altre potrebbero percepirlo come invasivo e inappropriato (26). L'integrazione della consapevolezza culturale nella pratica infermieristica non solo contribuisce a evitare fraintendimenti e disagi emotivi, ma può anche prevenire potenziali conflitti culturali (27). Un curriculum formativo che affronta in modo approfondito le diversità culturali, i significati associati al tocco e le strategie per comunicare con sensibilità può promuovere un'assistenza più inclusiva, centrata sul paziente e rispettosa delle differenze culturali (28).

Dare valore al tempo. Nel contesto delle cure palliative, gli infermieri sono spesso in prima linea nell'affrontare le esigenze fisiche, emotive e psicologiche dei pazienti in fase terminale. Tuttavia, la mancanza di tempo per dedicarsi al tocco empatico e alle interazioni personali rappresenta una sfida significativa che può influire sulla qualità complessiva dell'assistenza fornita (29). Questo tocco non si basa sulla fretta o sulla superficialità, è un atto di rispetto verso l'assistito, un riconoscimento del suo valore come individuo unico. Il tempo diviene un mezzo per riscoprire i momenti di felicità passati e per creare nuovi ricordi significativi (30).

Limiti dello studio

Un limite chiave di questo studio è la limitata disponibilità di ricerche sulla percezione degli infermieri riguardo al tocco empatico nelle cure palliative. La maggior parte degli studi precedenti si è concentrata su caregiver e pazienti, riducendo la quantità di dati specifici sugli infermieri in questo contesto. Questo potrebbe influire sulla completezza e la generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI

Dalla revisione narrativa della letteratura è emerso che il tocco empatico diventa un veicolo di comunicazione non verbale che permette agli infermieri di arricchire la propria professione, sentendosi utili, personalizzando i propri interventi ed infine di instaurare connessioni profonde con gli assistiti. Pertanto, integrare l'utilizzo del tocco em-

patico da parte degli infermieri di cure palliative risulta fondamentale.

Montagu (31) afferma che il tatto è l'unico tra tutti i sensi che porta con sé un'essenza di reciprocità. Possiamo osservare qualcuno senza essere visti, percepire l'odore di qualcuno senza che lui percepisca il nostro, ma non possiamo toccare senza essere toccati.

BIBLIOGRAFIA

1. Cure palliative in ospedale. Un diritto di tutti. Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali Ufficio 2. Ministero della Salute; 2021.
2. Peruselli C, Manfredini L, Piccione T, Moroni L, Orsi L. Il bisogno di cure palliative. Riv It Cure Palliative. 2019; 21(1):67-74.
3. Prandi C, Mastroianni C, D'angelo D, Marson R, Malinverni E, Guarda M. Il core competence italiano dell'infermiere in cure palliative. IPNCC; 2018.
4. Zannini L. Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica. Clinica della formazione; 2009.
5. Saunders C. Vegliate con me. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita. Edizioni Dehoniane Bologna; 2008.
6. Mele C. Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre sintomi psicofisici nel malato? Scenario. 2008;25 (1):5-8.
7. Bonacini F, Marzi A. Il tocco come cura. Riv It Cure Palliative. 2005; 4:43-7.
8. Collinge W, MacDonald G, Walton T. Massage in supportive cancer care. Semin Oncol Nurs. 2012;28(1):45-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2011.11.005>.
9. Cellai M. Il significato del Nurturing Touch nelle cure palliative. 2012.
10. Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W. The impact of massage therapy on function in pain populations-A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Part II, cancer pain populations. Pain Med. 2016;17(8):1553-68.
11. Jagan S, Park T, Papathanassoglou E. Effects of massage on outcomes of adult intensive care unit patients: a systematic review: Massage therapy and patients' outcomes. Nurs Crit Care. 2019; 24(6):414-29. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12417>.
12. Lopez G, Liu W, Milbury K, Spelman A, Wei Q, Bruera E, et al. The effects of oncology massage on symptom self-report for cancer patients and their caregivers. Support Care Cancer. 2017;25(12):3645-50. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-017-3784-7>.
13. Lee S-H, Kim J-Y, Yeo S, Kim S-H, Lim S. Meta-analysis of massage therapy on cancer pain. Integr Cancer Ther. 2015;14(4):297-304. <http://dx.doi.org/10.1177/1534735415572885>.
14. Toth M, Marcantonio ER, Davis RB, Walton T, Kahn JR, Phillips RS. Massage therapy for patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial. J Altern Complement Med. 2013;19(7):650-6. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2012.0466>.
15. Tarantino S, Milos R, Rosi I. La voce del corpo: studio qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito. Rivista L'infermiere N°1. 2018.
16. Fernandi E. Il tocco in hospice come trattamento non farmacologico. Studio pilota che ricerca i vissuti emotivi degli infermieri che lo praticano. Riv It Cure Palliative. 2019;21(1):14-20.
17. Lazzari G, Salvini L, Patella S, Ausili D, Mauro D. La strutturazione del quesito clinico per reperire le prove di efficacia. Una revisione della letteratura. 2015.
18. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Syst Rev. 2021; 10, 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>.
19. Reed SM, Smith MC, Kutner JS. Experiences of caring through providing touch near end-of-life. Int J Hum Caring. 2021; 25(2):142-55. <http://dx.doi.org/10.20467/hu-mancaring-d-20-00020>.
20. Fernandi E, Bertè R, Bosco M, Bonetti E, Crosignani N. Il tocco del corpo del paziente nell'ultima fase di vita: una ricerca fenomenologica in hospice ascoltando il vissuto degli operatori. Riv It Cure Palliative. 2016;18(2):79-85.
21. Ingebretsen LP, Sagbakken M. Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. Int J Qual Stud on Health Well-being. 2016;11.
22. Riet PVD, Mackey S. Therapeutic massage: an education program for rural and remote workers in the palliative care field. Aust J Rural Health. 1999; 7(3):186-90.
23. Marchetti A, Piredda M, Facchinetti G, Virgolesi M, Garrino L, Dimonte V, et al. Nurses' experience of body nursing care: A qualitative study. Holist Nurs Pract. 2019;33(2):80-9. <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0000000000000314>.
24. Papadia M. Tocco pranico e counseling bioenergetico. Edizioni Mediterranee; 2015.
25. Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S, Trifiletti E. Nurses' comfort with touch and workplace well-being. West J Nurs Res. 2015; 37 (6): 781-98.
26. Fantuzzi A. Di Corpo in Corpo. Etnografie tra cura e assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana; 2014.
27. Oakley S, Grealish L, Coyne E. Telling their story: A qualitative descriptive study of the lived experience of expatriate palliative care nurses in the United Arab Emirates. Eur J Oncol Nurs. 2020; 48(101793):101793. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101793>.
28. Dantoni E, Mainardi E. Tocco Armonico®: il massaggio lento. Edizioni AMRITA; 2014.
29. Prandi C. Infermieristica in cure palliative. Elsevier Italia; 2015.
30. Roncaglia M. Il tempo del morire. Morte, speranza, emozioni, vita. Riflessioni su come accogliere e accompagnare la persona morente alla fine della vita. 2011;71.
31. Montagu A. Il linguaggio della pelle. Garzanti Editore; 1989.

Esplorando il tele-nursing in ambito oncologico per pazienti arruolati in trial clinici di fase I: un case study

Exploring tele-nursing in oncology for patients enrolled in phase I clinical trials: a case study

Arianna Bufano, Ettore Palma

Infermieri di ricerca, Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI)

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: La telemedicina viene definita per la prima volta nel 1997 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); tale concetto rappresenta sicuramente un cambiamento nel modo in cui siamo abituati a considerare la sanità, ed in particolar modo l'assistenza infermieristica. Nasce da un'esigenza evolutiva sia della stessa che del paziente, garantendo a quest'ultimo maggiore velocità di risposta assistenziale, senza però inficiare la qualità delle cure erogate.

MATERIALI E METODI: Sono stati analizzati due casi reali di tele-nursing a pazienti arruolati in protocolli di ricerca di Fase I.

RISULTATI DEI CASE STUDY: Dall'analisi dei due casi si è potuto evidenziare l'importanza di avere un riferimento infermieristico a domicilio per i pazienti arruolati in protocolli di ricerca, in particolare avere un numero da poter contattare quotidianamente migliora la qualità dell'assistenza e la compliance ai trattamenti.

CONCLUSIONI: Dall'analisi dei dati in letteratura e dalla nostra personale esperienza e gestione clinico-assistenziale quotidiana nell'ambito di trial clinici di fase uno, si evince che l'utilizzo di strumenti tecnologici in sanità può essere di grande supporto in primis per i pazienti, in termini di soddisfazione ed aderenza al trattamento, ma anche per gli scopi di ricerca e per supportare lo staff nell'organizzazione delle procedure.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Telemedicine was firstly defined in 1997 by the World Health Organization (WHO); this concept certainly represents a change in the way we are used to consider healthcare, and in particular nursing care. This comes from an evolutionary need both of the nursing care and the patient, guaranteeing the latter greater speed of healthcare response, without however affecting the quality of the care provided.

MATERIALS AND METHODS: Two real cases of tele-nursing of patients enrolled in Phase I research clinical trials were analysed.

RESULTS OF THE CASE STUDIES: From the analysis of

the two cases it was possible to highlight the importance of having a nursing reference at home for patients enrolled in clinical trials, in particular having a number to call immediately improves the quality of care and compliance of treatments.

CONCLUSIONS: From the analysis of data in the literature and from our personal experience and daily clinical-care management in the context of phase one clinical trials, it is clear that the use of technological tools in healthcare can be of great support, primarily for patients, in terms of satisfaction and adherence to treatment, but also for research endpoints and to support staff in organizing procedures.

RAZIONALE

La telemedicina viene definita per la prima volta nel 1997 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura" (1). Tale concetto rappresenta sicuramente un cambiamento nel modo in cui siamo abituati a considerare la sanità, ed in particolar modo l'assistenza infermieristica; nasce da un'esigenza evolutiva sia della stessa che del paziente, garantendo a quest'ultimo maggiore velocità di risposta assistenziale, senza però inficiare la qualità delle cure erogate¹. La medicina è e sarà sempre di più, nei prossimi anni, al centro di un'innovazione tecnologica e assistenziale che comporterà benefici per tutta la popolazione, abbattendo i tempi e le distanze (1). Ciò va interpretato sicuramente in modo positivo poiché il paziente diventa sempre più protagonista della gestione della propria salute: l'assistenza deve quindi andare di pari passo con questo trend (1). Gli infermieri più di altri professionisti sono chiamati a rispondere a questo cambiamento passando da un modello di assistenza più tradizionale ad uno più innovativo. Il tele-nursing, termine inglese per indicare la "tele infermieristica" si sta

rapidamente diffondendo in diversi sistemi sanitari nel mondo; in particolare il monitoraggio remoto, il tele triage, la consultazione e l'educazione a distanza sono solo alcune delle possibilità che il tele-nursing offre (1). L'infermiere agisce così da intermediario tra pazienti, medici ed altri operatori, a metà strada tra l'assistenza domiciliare e quella ospedaliera. Inoltre, il tele-nursing offre anche interessanti opportunità di leadership permettendo la conduzione di programmi di cura e la supervisione di altri infermieri a distanza (1). Molti pazienti oncologici devono affrontare ostacoli significativi alle cure (ad esempio, vivere in luoghi remoti, orari di lavoro, impegni familiari, cattive condizioni di salute, disagio psicologico) che possono impedire loro di partecipare alle cure post-trattamento che richiedono viaggi verso strutture mediche distanti (2). La telemedicina è un approccio per migliorare l'accesso dei pazienti alle cure e si è dimostrato un metodo efficace ed accettato per fornire consultazioni mediche, gestire i sintomi post-trattamento e fornire consulenza psicologica o interventi mente-corpo per i pazienti oncologici (3-5). Si è visto in letteratura che interventi psico-educativi di tipo telefonico, messi in atto da infermieri, possono aiutare nella gestione domiciliare di tali sintomi, nello specifico la depressione, l'ansia, il distress emozionale e la fatigue. Si può insegnare al paziente a gestirli in autonomia riducendone la severità e migliorandone il distress (6). L'obiettivo di questo lavoro è descrivere la nostra esperienza nell'utilizzo del telefono come strumento di supporto nella gestione dei pazienti arruolati in trials clinici di fase 1-2. Nella nostra realtà lavorativa, riceviamo quotidianamente chiamate telefoniche da questa tipologia di pazienti, i quali chiedono aiuto nella gestione di bisogni vari, che potremmo raggruppare nelle tre categorie principali sotto riportate:

- 1) gestione della sintomatologia fisica (es. dolore, febbre, rash cutaneo);
- 2) urgenze insorte al domicilio;
- 3) necessità burocratiche inerenti all'organizzazione delle visite e la prenotazione delle indagini diagnostiche;

I pazienti apprezzano questo mezzo di comunicazione perché, consentendo un contatto immediato con i propri infermieri di riferimento, suscita un senso di sicurezza e benessere derivato dal fatto di sentirsi "allacciati a una rete" con feedback in tempo reale per qualunque necessità o dubbio, anche minimo.

L'alta qualità di cura derivante dal fatto di avere un'equipe "su misura" sempre disponibile telefonicamente o via e-mail comporta inoltre una migliore compliance dei pazienti al trattamento sperimentale non casi di ritiro del consenso informato prossimi allo zero.

CASE STUDY I

Il marito della signora X, paziente di 78 anni affetta da glioblastoma, contatta il centro alle ore 8:00 circa per informarci che la signora ha perso conoscenza e che non sa come comportarsi.

Gestione del caso: vista la gravità della situazione si dà immediata indicazione alla chiamata del numero unico di emergenza (112) in modo da poter essere subito trasportata in ospedale.

DISCUSSIONE

In molti casi i parenti si trovano spaesati di fronte un'emergenza e il ritardo nella chiamata dei soccorsi spesso può portare a conseguenze molto gravi per il paziente. Nell'evento sopra descritto si evidenzia l'importanza di avere un numero di riferimento per il paziente ed i parenti (in questo caso, il marito e caregiver della paziente, anch'egli anziano) in modo da poter avviare in maniera tempestiva un'eventuale catena dell'emergenza.

CASE STUDY 2

Paziente di 65 anni, affetta da neoplasia mammaria, contatta il centro per chiedere informazioni riguardo una procedura prevista per la visita successiva, di cui era già stata informata in occasione dell'ultimo accesso al centro. Gestione del caso: si educa la paziente e si illustrano nuovamente tutte le procedure previste per la visita successiva come da indicazioni del protocollo di ricerca, per consentirle di organizzarsi nel modo migliore per garantire la propria presenza alla visita. Inoltre, si coglie l'occasione per verificare la compliance della paziente al trattamento sperimentale.

DISCUSSIONE

Durante il periodo di trattamento all'interno di un protocollo di ricerca devono essere svolte numerose procedure che richiedono un impegno più o meno importante in base al tipo di studio clinico. Spesso è richiesto al paziente di trattenersi in struttura per molte ore consecutive della giornata, per l'esecuzione di un numero importante di procedure che variano ad ogni visita. Avere un numero di riferimento da poter chiamare consente al paziente di risolvere alcuni dubbi o dimenticanze riguardanti la visita/e successiva e di potersi organizzare al meglio per essere sempre presente.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati in letteratura e dalla nostra personale esperienza e gestione clinico-assistenziale quotidiana nell'ambito di trial clinici di fase uno, si evince che l'utilizzo di strumenti tecnologici in sanità può essere di grande supporto in primis per i pazienti, in termini di soddisfazione ed aderenza al trattamento, ma anche per gli scopi di ricerca e per supportare lo staff nell'organizzazione delle procedure.

BIBLIOGRAFIA

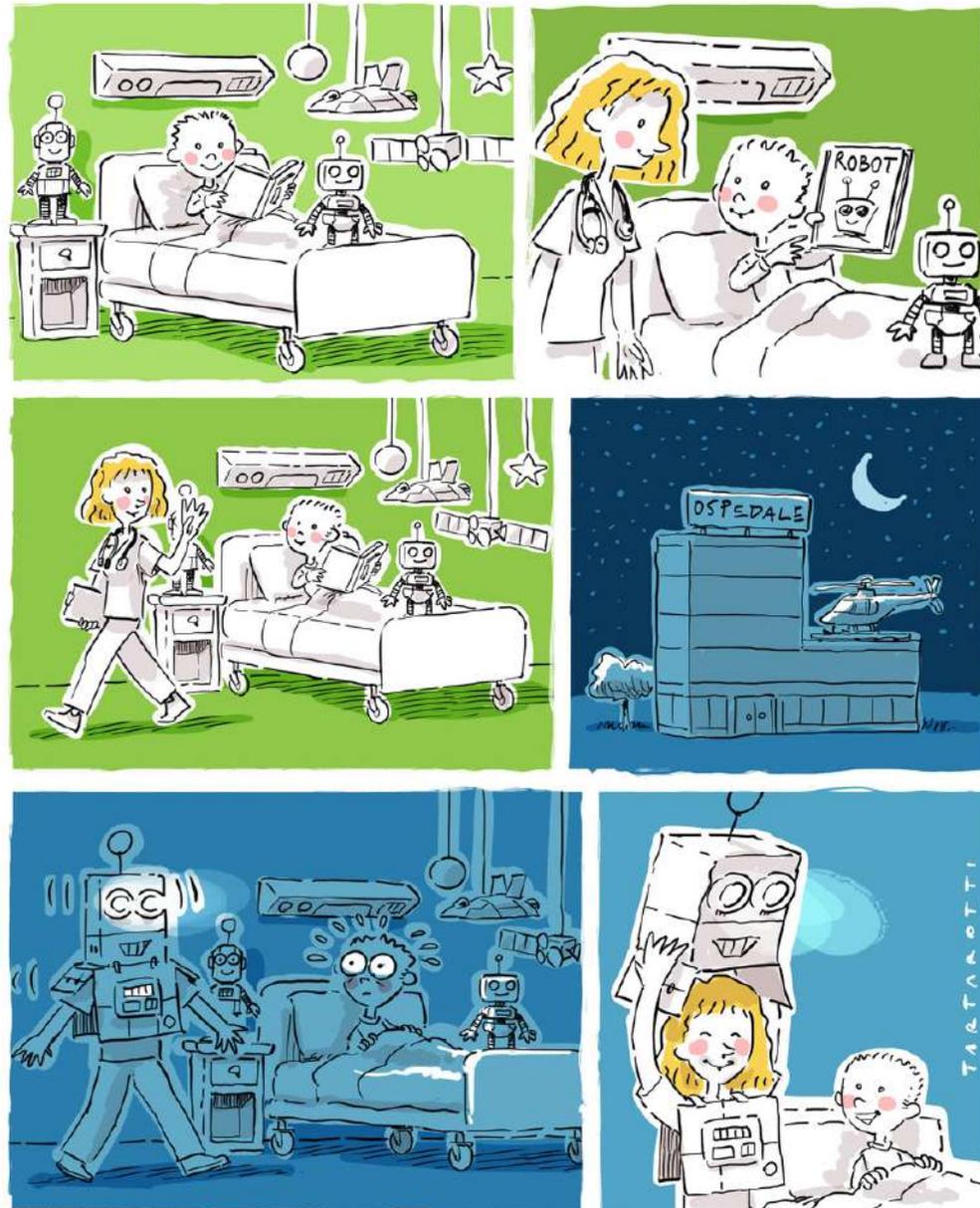
- 1) Ilaria Campagna, L'Infermiere di Telemedicina: chi è e di cosa si occupa. Disponibile a: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/tele-nurse-ecco-infermiera-telemedicina.html>, accesso in data 10.11.2023
- 2) Hendren S, Chin N, Fisher S, et al. Patients' barriers to receipt of cancer care, and factors associated with needing more assistance from a patient navigator. *J Natl Med Assoc.* 2011;103(8):701–10.
- 3) Pruthi S, Stange KJ, Malagrino GD, Jr, Chawla KS, LaRusso NF, Kaur JS. Successful implementation of a telemedicine-based counseling program for high-risk patients with breast cancer. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(1):68–73.
- 4) Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, et al. The

effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Appl Nurs Res.* 2012;25(1):3–16.

5) Zernicke KA, Campbell TS, Specia M, Kelley MR, Flowers S, Carlson LE. A Randomized Wait-List Controlled Trial of Feasibility and Efficacy of an Online Mindfulness-Based Cancer Recovery Program: The eTherapy for Cancer Applying Mindfulness Trial. *Psychosomatic Medicine.* 2014;76(4):257–267.

6) Ream E, Hughes AE, Cox A et al. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 6. Art. No.: CD007568.

Le vignette di Stefano Tartarotti



Stefano Tartarotti è nato in Alto Adige, trasferito a Milano per frequentare la Scuola del Fumetto e dopo il diploma illustratore per quotidiani e riviste a tiratura nazionale e autore di numerose copertine di libri. Ha lavorato nell'ambito dell'editoria per l'infanzia e da diversi anni disegna anche storie autobiografiche e di satira. Le sue creazioni prima postate solo sul suo blog personale, sono state pubblicate anche su quotidiano online Il Post e sonostate stampate su Linus e Smemoranda.

Ora Lui e la sua cana Lucy ci sono trasferiti sulle colline piacentine, dove passa il tempo disegnando, portando a spasso il canide, maltrattando il suo giardino e vagando per le colline a bordo della sua moto blu.

Questo è il suo blog: <https://tartarotti.wordpress.com>

Questa la sua pagina Instagram: https://instagram.com/stefano_tartarotti?igshid=Iti0c45bvgh7

Questo è il suo sito: www.tartarotti.com

Grazie Stefano

Le perle di Baldini

Mi ricordo bene quando ho cominciato a fare il volontario in ambulanza.

Non esistevano i cellulari.

Ogni associazione di soccorso aveva un suo numero di telefono; il centralino riceveva la richiesta di soccorso e via a sirene spiegate.

Chi prima arrivava, caricava il paziente.

Mi ricordo che attaccavamo gli adesivi con il numero di telefono su tutti i citofoni per poterci far chiamare in caso di bisogno.

Si portava il paziente al pronto soccorso più vicino e si "ricominciava da capo".

Oggi è tutto diverso.

Decisamente in meglio.

Nel mio settore dell'emergenza ci sono centrali operative super tecnologiche e performanti.

La geolocalizzazione e la videochiamata con l'utente, i traduttori multilingue in tempo reale, gli ecg trasmetti in tempo zero sono ormai normali strumenti di lavoro al servizio di chiama il sistema di emergenza.

La tecnologia ha fatto passi da gigante.

La trasmissione di dati e la condivisione degli stessi ha permesso di migliorare in qualità e tempistica l'assistenza e non solo nel mio ambito.

Cent'anni fa scoprivano l'insulina.

Oggi rileviamo i valori della

Glicemia appoggiando un cellulare ad un sensore sotto la pelle.

Potrei portare altre migliaia di esempi

su come la medicina e l'assistenza infermieristica abbiano tratto vantaggio dal progredire della tecnologia.

Ma c'è un ma.

Tutto fantastico.

Tutto moderno.

Tutto ipertecnologico.

Ma è ancora l'essere umano a fare la differenza.

E forse tutta questa tecnologia ci fa dimenticare che il "come" assistiamo può ancora fare la differenza e per farlo non serve solo la digitalizzazione ne tantomeno solo la tecnologia.

il piccolo gesto, il prestare attenzione e il "considerare" riescono a essere sempre e comunque il quid in più per chi è in un letto e spera solo di capire cosa gli succede e cosa ne sarà della sua malattia.

Ben venga il progresso ma sempre e comunque finalizzato a permetterci di avere più tempo per i nostri pazienti.

Oppure vista la carenza mondiale di infermieri aspettiamo che la tecnologia costruisca infermieri robot migliori degli infermieri in carne e ossa.

Infermieri che non si stancano. Non imprecano. Non crollano sullo smonto notte per cominciare...

Un suggerimento agli ingegneri però mi permetto di darlo: già che ci siete forniteli di una dose abbondante di sorrisi. Avete presente quei sorrisi che curano?

Sì, proprio quelli che non ti aspetti e che servono nei momenti difficili.

Perché i Sorrisi non hanno effetti collaterali, controindicazioni e nemmeno rischi di sovradosaggio.

Sono gratuiti, non gravano sulla spesa sanitaria e non necessitano nemmeno di prescrizione medica.

Worth of Reading



Pillole di Sanità Digitale

A cura di **Gregorio Cosentino**,

Presidente Associazione scientifica per la sanità digitale **ASSD**

realizzato da **Associazione Scientifica Sanità Digitale ASSD**

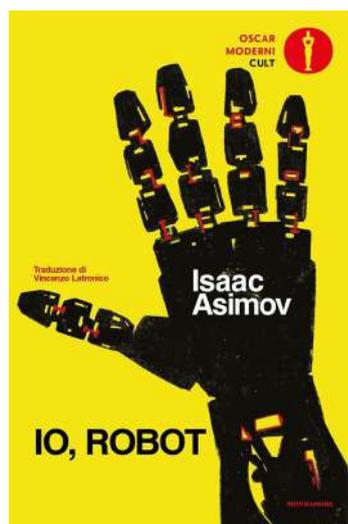
scaricabile gratuitamente al seguente indirizzo:

<https://assd.it/wp-content/uploads/2022/06/pillole-di-sanita-digitale-web-version.pdf>

La pandemia da Covid 19, nella sua tragicità, ha favorito cambiamenti positivi nella Sanità. Si è finalmente compreso in pieno il valore della Sanità Digitale, intesa come l'applicazione all'area medica e a quella della assistenza socio/sanitaria dell'Information and Communication Technology ICT. Il personale sanitario tutto si è reso conto di quanto sia fondamentale innovare i processi sanitari, innovazione intesa come mix di creatività

e iniziativa per generare nuove combinazioni. Favorendo l'introduzione di qualcosa che in un certo contesto è nuova. In questa innovazione supportati dalla disponibilità di tecnologie che mai come in questi ultimi anni hanno conosciuto uno sviluppo senza precedenti.

Il digitale non è una rivoluzione ma una necessità. Il digitale deve far crescere culturalmente sia le persone che gli operatori, con la formazione come elemento sostanziale. Con il libro "Pillole di Sanità Digitale" si è voluto mettere a disposizione dei lettori un testo informativo e formativo, un testo non troppo specialistico, ma prezioso nell'acquisire il giusto approfondimento, utile per il personale sanitario, i pazienti e i loro caregiver.



Io, robot

Isaac Asimov (Autore)

Mondadori, 2021

Io, robot è un volume che raccoglie nove racconti fantascientifici i cui protagonisti sono esseri umani che vivono in una realtà in cui la tecnologia è così sviluppata da permettere la costruzione di robot positronici, i quali svolgono diverse mansioni: vengono impiegati infatti sia nei lavori manuali sulle basi spaziali sia nella vita quotidiana, come ad esempio nel ruolo di baby-sitter.

Essi sono soggetti a tre leggi fondamentali, *le tre Leggi della Robotica*, che sono: 1. Un robot non può recar danno a un essere umano né può permettere che, a causa del suo mancato intervento, un essere umano riceva danno. 2. Un robot deve obbedire agli ordini impartiti dagli esseri umani, purché tali ordini non vadano in contrasto alla Prima Legge. 3. Un robot deve proteggere la propria esistenza, purché la salvaguardia di essa non contrasti con la Prima o con la Seconda Legge. Queste leggi, imprescindibili, costituiscono il filo rosso dei racconti, i quali narrano diverse avventure di umani che

interagiscono con questi droidi. Lo stile dell'autore è molto semplice, lineare e chiaro; i personaggi inoltre risultano molto verosimili e il loro carattere e le loro emozioni sono ben tratteggiate e delineate.

Pubblicata per la prima volta nel 1950, questa storica antologia vede appunto formulate e applicate compiutamente per la prima volta le tre celeberrime Leggi della Robotica, quelle norme che regolano il comportamento delle "macchine pensanti" e che da allora in poi sono alla base di tutta la science fiction. Vera pietra miliare nella storia della letteratura fantascientifica, *Io, Robot* è anche una raccolta di stupende storie, ironiche, tenere, commoventi, divertenti; racconti che mentre parlano di androidi ci svelano i lati più riposti della bizzarra natura umana.

Isaac Azimov, scrittore e biochimico sovietico naturalizzato statunitense, nell'età d'oro della fantascienza (anni '40- '50 del Novecento) ha innovato radicalmente il genere in un percorso sperimentale che l'ha spinto sempre più lontano, fino a diventarne padre fondatore, caposcuola, autore simbolo.

Mentre la maggior parte degli scrittori raccontava storie di alieni e battaglie interstellari, Isaac Asimov costruiva sistemi letterari (organizzati nei suoi celeberrimi "cicli" - dei Robot, dell'Impero e della Fondazione) che sono grandi mosaici storici e sociali del futuro. Intere generazioni hanno sognato con lui di prendervi parte.

NORME EDITORIALI PER I FUTURI AUTORI

La rivista "Nursing Foresight" (NF) è il nuovo organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia. NF raccoglie l'eredità di "Infermiere a Pavia", custodendone il bagaglio culturale e professionale che ha accompagnato la comunità infermieristica pavese dal 1989 ad oggi.

NF si pone nel panorama locale e nazionale con l'obiettivo di diventare un riferimento della comunità professionale, pubblicando i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione e che trattano argomenti di interesse per l'infermieristica nelle diverse componenti professionali, disciplinari, metodologiche o formative.

Informazioni e contatti

Per sottoporre un articolo o per informazioni è sufficiente inviare una e-mail corredata di allegato a:

nursing.foresight@gmail.com

I contributi che potranno essere presi in considerazione per la pubblicazione sono classificabili in:

- **Editoriali:** generalmente su invito del Direttore Editoriale.
- **Interviste:** realizzare con la regia del Comitato di Redazione
- **Attualità o esperienze professionali:** tali contributi possono arrivare spontaneamente in redazione o possono essere richiesti dal Direttore Editoriale. Trattano in modo generale tematiche che si caratterizzano come notizie di attualità recente nel panorama locale, nazionale o internazionale.
- **Speciali** (come ad esempio la sezione focus di approfondimento, oppure le esperienze/casi clinici, o ancora la sezione storia della professione): questi contributi hanno l'obiettivo di condividere con i lettori di NF tematiche di particolare interesse per il mondo dell'infermieristica locale, nazionale o internazionale.
- **Pubblicazioni:** in questa sezione i contributi vengono sottoposti ad un completo ciclo di revisione fra pari, "peer-review". Sono accettati contributi che presentano le caratteristiche metodologiche di una pubblicazione scientifica.
- **Worth of reading:** vengono accettate recensioni su testi, saggi, narrativa o articoli.

Note metodologiche per la scrittura dei contributi da inviare alla redazione per la pubblicazione:

- I contributi devono sempre contenere il titolo in italiano, l'elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail e telefonico dell'autore corrispondente (chi invia il contributo);
- Bibliografia e citazioni in stile Vancouver. Per ottenere un corretto stile bibliografico rimandiamo alla descrizione approfondite dallo stile Vancouver nel paragrafo dedicato successivamente. A supporto, si suggerisce l'utilizzo di uno dei più comuni Reference Manager disponibili in rete, come Zotero o Mendeley.
- Si consiglia di inviare file in formato .doc o .docx e di utilizzare il font Times New Roman, carattere 12, interlinea 1,5.
- La componente grafica è essenziale nelle pubblicazioni ma tutte le figure che perverranno dovranno essere originali, scattate o prodotte dagli autori.
- I contributi per le sezioni "Attualità o esperienze professionali", "Speciali" e "Worth of reading" non devono superare le 2500 parole (esclusa bibliografia se necessaria) e non necessitano di abstract.

Note metodologiche per la scrittura dei contributi relativamente alla sezione "Pubblicazioni"

- I contributi per la sezione pubblicazioni non devono superare le 5000 parole. Questa tipologia di contributo necessita di una metodologia scientifica rigorosa durante la conduzione del progetto di ricerca, e di una struttura di presentazione dell'articolo ben definita e secondo l'ordine di seguito descritto:
 - Titolo in italiano
 - Titolo in inglese

- Elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail dell'autore corrispondente (chi invia il contributo)
- Abstract in italiano, costituito dalle seguenti sezioni: Introduzione, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni. Parole chiave. (non mettere bibliografia nell'abstract)
- Abstract in inglese: Introduction, Methods, Results, Conclusions. Key words. (non mettere bibliografia nell'abstract)
- Introduzione e obiettivi dello studio (in paragrafo dedicato)
- Materiali e metodi (in paragrafo dedicato)
- Risultati (in paragrafo dedicato)
- Discussione (in paragrafo dedicato), in cui prevedere un sottoparagrafo dedicato a "limiti dello studio"
- Conclusioni (in paragrafo dedicato)
- Bibliografia (in stile Vancouver) (riferirsi al paragrafo dedicato)
- Negli studi empirici è vivamente consigliato l'inserimento di tabelle o figure, che devono essere numerate in ordine crescente di presentazione nel testo, devono avere un titolo in cui ne viene descritto il contenuto, devono avere un riamando nel testo
- **Casi clinici** di particolare interesse dovranno essere descritti e commentati in un massimo di 2500 parole, esclusa la bibliografia. Tra i casi pervenuti saranno privilegiati quelli che descriveranno approcci innovativi – in termini di efficacia dell'intervento o di contenimento dei costi – relativamente a problemi assistenziali di frequente riscontro. Lo schema-tipo deve essere il seguente:
 - Titolo (in italiano ed in inglese)
 - Elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail e telefonico dell'autore corrispondente (chi invia il contributo)
 - Riassunto in italiano e abstract in inglese
 - Parole chiave in italiano ed inglese
 - Introduzione breve che definisca l'area di interesse del caso;
 - Descrizione del caso con:
 - storia clinica;
 - segni e sintomi;
 - esami di laboratorio e strumentali;
 - percorso assistenziale e di cura attuato;
 - risultati;
 - Commento che ponga in evidenza gli elementi assistenziali di peculiarità del caso;
 - Bibliografia (in stile Vancouver) (riferirsi al paragrafo dedicato)

Peer review

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti a un processo di revisione critica per valutarne gli aspetti formali e di contenuto. Gli articoli possono essere accettati senza revisioni, accettati con revisioni di modesta entità (minori), accettati solo dopo revisione "maggiore" o respinti. NF presenta una modalità di peer-review cosiddetta "open" o "valutazione tra pari aperta". Sono due le caratteristiche che la distinguono dalla peer review classica: i valutatori non sono anonimi e i risultati della valutazione vengono resi pubblici. Il Comitato di Redazione si riserva, quindi, il diritto di chiedere revisioni agli autori, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi a NF e l'accettazione a seguito di peer review, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del materiale inviato sulla rivista NF, sulle pagine social e sul sito della rivista, oltre che consentirne l'utilizzo da parte di OPI Pavia, anche per fini diversi rispetto alla pubblicazione sulla rivista (esempio finalità formative).

Cessione dei diritti

Si specifica che ogni autore che invierà un contributo è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Dovrà infatti pervenire come file di accompagnamento del manoscritto (una volta accettato per la pubblicazione) un documento in carta libera firmato da tutti gli autori che comunichi al Comitato Editoriale l'autorizzazione al trasferimento dei diritti di autore a Nursing Foresight. L'OPI Pavia potrà pertanto, direttamente o tramite terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, anno-

tare, codificare, modificare e adattare (includendo senza limitazioni il diritto di adattare per la trasmissione con qualsiasi modalità di comunicazione) in qualsiasi forma o con qualsiasi strumento, ogni immagine e ogni messaggio, anche audio e video, che dovesse essere inviato dall'autore, anche per il tramite di terzi. Il materiale inviato non verrà restituito e rimarrà di proprietà di OPI Pavia.

Conflitti di interesse

Particolare attenzione va riservata alla dichiarazione circa la possibile esistenza di conflitti di interesse di tipo economico. Questi ultimi, infatti, se esplicitati non costituiscono motivo di penalizzazione nella valutazione del lavoro. Al contrario, la verifica da parte della redazione o dei revisori dell'esistenza di interessi potenzialmente in conflitto (partecipazione a congressi o coinvolgimento in progetti di ricerca sponsorizzati) non dichiarati da uno o più autori può rappresentare una ragione di rifiuto della proposta di pubblicazione. Nel complesso, l'assenza di conflitti va indicata con la frase "Non sussistono conflitti di interesse di alcuna natura per ciascun autore", altrimenti vanno dichiarati i conflitti che possono essere diversificati per autore nel caso dei contributi che presentano diversi autori. La dichiarazione di assenza /presenza conflitto di interessi dovrà essere inoltrata alla redazione solo in caso di accettazione del contributo sottoposto a NF.

Plagio

Si sottolinea l'importanza di non trarre contenuti da fonti che non siano citate nella bibliografia. I revisori e l'editor sono dotati di software o di tecniche di controllo che riescono a fare emergere la quasi totalità dei tentativi di plagio già in fase di revisione editoriale dei contributi.

Authorship

Solo chi ha effettivamente contribuito alla preparazione del contenuto deve essere indicato come autore, così come da dichiarazione dell'associazione ICMJE <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Lo stile Vancouver da adottare per la redazione delle citazioni bibliografiche

Le citazioni bibliografiche descrivono i documenti a cui si fa riferimento e ne riportano le caratteristiche principali costituite da una serie di elementi che si succedono in ordine fisso e scritti in un determinato formato. Qualunque scelta venga attuata si sottolinea l'importanza di osservare tre regole di carattere generale: l'omogeneità, la fedeltà ad unico stile di citazione e l'accuratezza. Il Vancouver style è stato messo a punto nel 1978 durante un incontro tra gli editori delle più importanti riviste in ambito biomedico. Questo stile di citazioni è usato da MEDLINE e PubMed; per approfondire consultare la guida online "Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers" 2. ed., disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Di seguito vengono riportate le principali caratteristiche del Vancouver style, che devono essere seguite per la stesura della bibliografia per i contributi da inviare alla rivista NF. Il Vancouver style è un sistema di riferimento bibliografico a numerazione progressiva: nel corpo del testo, il rimando alla bibliografia avviene per mezzo di numerazione progressiva posta ad esponente, così², oppure racchiusa tra parentesi quadre o tonde. Es.: [2], (2). Per i contributi inviati alla rivista NF è richiesta la parentesi tonda. (NB: la punteggiatura va dopo la parentesi tonda di chiusura). In bibliografia finale, la citazione verrà riportata per intero, sotto forma di elenco comprendente la sequenza delle citazioni così come si succedono all'interno del testo, che verranno precedute dal numero corrispondente.

Dopo queste considerazioni di carattere generale, vengono di seguito riportate le modalità specifiche dello stile citazionale nella compilazione della bibliografia finale:

- **Citare una monografia con un solo autore:** Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Devlin T. Biochimica con aspetti clinici. 5. ed. Napoli: EdiSES; 20. Ricordarsi di premettere la numerazione

progressiva che viene utilizzata nel corpo del testo.

- **Citare una monografia con più autori:** Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Sadava D., Heller H. C., Orians G. H., Purves W. K. Principi di biologia. 3. ed. it. condotta sulla 8. ed. americana. Bologna: Zanichelli; 2011
- **Citare una monografia senza autori:** In presenza di una monografia dove compaiono solo i curatori si utilizza la dizione eds. che significa editors. Es.: Lenzi A., Lombardi G., Martino E., Vigneri R., eds. Endocrinologia clinica. Torino: Minerva medica; 2011
- **Citare i capitoli contenuti in una monografia:** Cito prima l'autore/i del capitolo, il titolo del capitolo [niente uso di virgolette], il titolo dell'opera [niente corsivo] in cui è contenuto preceduto da In: Es.: Fischer G. Recent progress in 1,2-dithiole-3-thione chemistry. In: Katritzky A. R., editor. Advances in heterocyclic chemistry. Amsterdam: Elsevier; 2013
- **Citare un articolo in periodico cartaceo:** Cognome, Nome. Titolo. Titolo della rivista Anno; Vol.(fasc.): pagine. Il titolo del periodico è da scrivere in tondo ed è necessario abbreviarlo secondo le regole della National Library of Medicine. Le abbreviazioni potete trovarle in questo sito: <http://www.ais.up.ac.za/health/lsiweb.pdf> Es.: Amblee A. Dulaglutide for the treatment of type 2 diabetes. *Drugs Today* 2014; 50(4): 277- 289
- **Citare un articolo in periodico elettronico:** Si utilizza il medesimo stile che per gli articoli in cartaceo però viene aggiunta dopo il titolo del periodico la dicitura [Internet], la data di pubblicazione online, il numero di pagine a video, la data di consultazione e la URL. Es.: Day G.S., Laiq S., Tang-Wai D.F., Munoz D.G. Abnormal neurons in teratomas in NMDAR encephalitis. *JAMA Neurol.* [Internet]. 2014 [pubblicato il 28 aprile 2014; consultato: giugno 2014]; 71(6): [circa sei schermate]. Disponibile all'indirizzo: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1864090>
- **Citare le tesi di laurea:** Cognome iniziale del Nome. Titolo [tesi di laurea]. Luogo: Università, Anno. Es.: Fiore M. Valutazione della percentuale di H2O2 nel processo catodico di riduzione dell'O2 nelle celle a combustibile [tesi di laurea]. Siena: Università di Siena, 2014
- **Citare un capitolo di una monografia tratto da una risorsa in internet:** Papanopoulos H. Outpatient intravenous for oral surgery (Internet). In: Bagheri S. C., Bell R. B., Khan, H. A. contributing eds. Current therapy in oral and maxillofacial surgery. Amsterdam: Elsevier Saunders, 2012. (consultato: giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9781416025276>
- **Citare una homepage:** Pubchem.ncbi.nlm.nih.gov (Internet). Bethesda: National center for biotechnology information, U. S. National library of medicine; 2004-2014 (consultato il 30 giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>
- **Citare le farmacopee:** Nome ente autore. Titolo. Edizione. Volume [nel caso si consulta una farmacopea in più volumi]. Luogo di edizione: Editore; Anno. Es.: United States pharmacopeial convention. The United States pharmacopeia. 37. ed. Vol. 1. Rockville, The United States pharmacopeial convention; 2013
- **Citare i brevetti:** Per quello che riguarda i brevetti lo stile di citazione che consigliamo di adottare è quello della National library of medicine, visto che quelli adottati dalle riviste biomediche è per lo più carente. La citazione dovrà seguire quest'ordine: Cognome e iniziale del Nome, seguita dalla dizione inventore [nella lingua dell'inventore]; il Nome dell'ente, società legale, organizzazione o persone registrate come i titolari dell'invenzione [seguita dalla dizione richiedente, anche questa nella lingua originale]. Titolo. Paese del brevetto tipo del documento Codice del paese numero del brevetto. Data di pubblicazione [anno mese giorno]. Es.: Wisniewski S. J., Gemborys M., inventors; McNeil-Ppc, Inc., assignee. Method for percutaneous delivery of ibuprofen using hydroalcoholic gel. United States patent US 5093133A. 1992 March 3.

