

Nursing FORESIGHT

ISSN 1722-2214



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

N. 1 2024

02.09.2024

NURSING FORESIGHT
Anno 34 - ISSN 1722-2214
In attesa di registrazione in tribunale



**La bellezza dell'infermieristica:
perchè ne vale la pena**

***L'assistenza è un'arte:
e se deve essere realizzata come un'arte,
richiede una devozione totale
e una dura preparazione,
come per qualunque opera
di pittore o scultore;
con la differenza che
non si ha a che fare con una tela
o un gelido marmo,
ma con il corpo umano,
il tempio dello spirito di Dio***

Florence Nightingale

INDICE

SEZIONE 1: NOTIZIE DALL'OPI

- 6** *Matteo Cosi*
Editoriale
- 7** *La Redazione Nursing Foresight*
- 8** *Federica Dellafiore, Matteo Cosi*
In ricordo della Dott.ssa Giuseppina Pontello
- 10** *Emanuela Cattaneo*
Progetto 12 Maggio: tutti insieme per il tuo benessere
Fiorenza Bucci
- 12** Progetto "ESSERE INFERMIERE"
La percezione della figura infermieristica fra i giovani
- 14** *Antonello Galletti*
Progetto OPI INCONTRA
- 16** *Paola Sirtori, Giacomo Balladore, Luana Grossi*
Progetto Formazione di OPI PAVIA

SEZIONE 2: SPECIAL GUEST

- 18** *Aurelio Filippini*
La Pianificazione Condivisa delle Cure. Il tempo della relazione
come tempo di cura nella società di oggi
- 22** *Paolo Merlini*
ENPAPI e Libera professione: sfide ed opportunità
- 24** *Vivian Ciprian*
L'intent to stay nella professione infermieristica:
c'è sempre un "bicchiere mezzo pieno"

Editore:

Ordine delle Professioni
Infermieristiche (OPI) della Provincia
di Pavia

REDAZIONE:**Direttore Responsabile:**

Dellafiore Federica

Direttore Editoriale:

Lorenzoni Monica

Segreteria di Redazione:

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

- 28** *Bersani Viviana, Mariapia Delle Donne, Paolo Giobbi Mancini*
Antonio Valitutto, Chiara Cortellazzi
La bellezza dell'infermieristica, perchè ne vale la pena?
- 29** *Ruggero Rizzini*
NON C'È PIÙ TEMPO
Un invito all'azione, un richiamo all'impegno perchè il futuro dipende dalle azioni intraprese oggi
- 31** *Pierangela Pompini*
Conoscenza e competenza: fondamenti della professione infermieristica. Oltre il concetto di missione
- 32** *Susanna Maggione*
Riscoprire la bellezza delle teorie del Nursing: una nuova consapevolezza professionale
- 33** *Alessia Currò*
Quello che gli altri non vedono
- 34** *Giusy Oliveto*
L'Essenza Nascosta dell'Infermieristica: Una prospettiva fenomenologica sulla cura e la compassione
- 35** *Hodor Darius Bogdan*
La prima sigaretta...

SEZIONE 4: CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- 36** *Crocco P., Gorla R., Tacchini M.*
La spiritualità nell'assistenza infermieristica del fine vita: una revisione della letteratura
- 40** *Sciara Rosaria Valentina, Gorla Ruben*
Competenze infermieristiche nell'esame obiettivo: una revisione narrativa della letteratura
- 44** *Toriello Antonietta, Fusco Maria Antonietta*
L'alopecia secondaria alla chemioterapia nelle Donne con cancro al seno: Revisione Integrativa della Letteratura
- 51** *Rosa Colella, Angela De Mola*
Idrosadenite suppurativa, una malattia dermatologica rara
- 54** *Rosa Colella, Angela De Mola*
Gestione locale delle Ferite Maligne Fungiformi: revisione della letteratura e focus PEBO assessment
- 59** *Giovanni Ariete*
Il demansionamento infermieristico in U.O. di medicina specialistica

Hanno collaborato a questo numero:

Federica Dellafiore, Matteo Così, Emanuela Cattaneo, Fiorenza Bucci, Antonello Galletto, Paola Sirtori, Giacomo Balladore, Luana Grossi, Aurelio Filippini, Paolo Merlini, Vivian Ciprian, Viviana Bersani, Mariapia Delle Donne, Paolo Giobbi Mancini, Antonio Valitutto, Chiara Cortellazzi, Ruggero Rizzini, Pierangela Pompini, Susanna Maggione, Alessia Currò, Giusy Oliveto, Hodor Darius Bogdan, Crocco P., Gorla R., Tacchini M., Ruben Gorla, Sciara Rosaria Valentina, Antonietta Toriello, Rosa Colella, Antonietta Maria Fusco, Angela De Mola, Giovanni Ariete, Fiorenza Bucci, Alessandra Sartori, Simone Toscano, Francesca Turrini, 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

Fiorenza Bucci
64 Strategie per migliorare il vissuto del bambino nello spettro autistico in ospedale, proposta di un'agenda visiva

Alessandra Sartori, Simone Toscano, Francesca Turrini
68 L'utilizzo dell'acido acetico nelle lesioni croniche infette da pseudomonas aeruginosa

SEZIONE 5: NON SOLO NURSING

73 *Le vignette di Stefano Tartarotti*

74 *Le perle di Baldini*

75 *Worth of Reading*

77 *Norme editoriali*

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ELETTORALE

Prot. n. 0002643/2024

Gent.me/i Iscritte ed Iscritti
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Pavia

1° convocazione

28 settembre 2024, dalle ore 14:00 alle ore 17:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia

29 settembre 2024, dalle ore 9:00 alle ore 12:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia (FESTIVO)

2° convocazione

29 settembre 2024, dalle ore 14:00 alle ore 17:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia (FESTIVO)

30 settembre 2024, dalle ore 9:00 alle ore 12:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia

3° convocazione

5 ottobre 2024, dalle ore 13:00 alle ore 19:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia

6 ottobre 2024, dalle ore 08:00 alle ore 20:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia (FESTIVO)

7 ottobre 2024, dalle ore 7:00 alle ore 16:00
presso la sede di OPI di Pavia via Flarer 10, 27100, Pavia

L'Assemblea in terza convocazione risulterà valida qualunque sia il numero dei votanti iscritti.

EDITORIALE

Gentili colleghe e colleghi, sta volgendo al termine questo quadriennio in cui 27 colleghi hanno condotto questo Ordine di 4400 iscritti attraverso una serie di cambiamenti storici per la nostra professione: il passaggio ad Ordine, il periodo vaccinale, le lauree magistrali cliniche, la carenza di personale infermieristico, lo sviluppo del territorio tramite il PNRR con le COT, le Case e gli Ospedali di Comunità, la recente rimozione del vincolo di esclusività, l'ampliamento delle figure professionali di supporto e l'arrivo di colleghi da altri Paesi. La quantità di cambiamenti del contesto in un solo quadriennio è stato impressionante, viviamo in un momento storico di forte accelerazione che va sorvegliato in tutta la filiera per stabilizzare questi cambiamenti; la nostra professione ha bisogno, a mio parere, di un momento per prendere respiro ed assestarsi, ma gli anni che ci attendono, anche se ci saranno favorevoli, porteranno con sé ancora alcuni cambiamenti che gli Ordini di tutte le professioni sanitarie cercheranno di supportare poiché dopo decenni, si sta mettendo ancora mano al modello organizzativo nelle degenze ospedaliere e nel territorio.

Quale momento storico migliore quindi per affrontare il tema scelto dalla Redazione di questa rivista: "la bellezza dell'infermieristica".

Non si può non partire dalla bellezza dell'etica. La nostra professione ha come riferimento, uno dei più completi e recenti codici deontologici delle professioni sanitarie e dobbiamo esserne orgogliosi, è la nostra guida; scorrendo gli articoli si possono estrarre i pilastri dell'infermieristica, definiti da colleghi che prima di noi hanno consolidato con lotte e fatica, instaurando un rapporto di fiducia nel cittadino di cui oggi ci possiamo vantare; pensate anche solo, per citarne uno, all'importanza di aver scritto "il tempo di relazione è tempo di cura".

La bellezza della crescita professionale. La nostra è una professione che ha fatto della formazione e della competenza il suo campo di eccellenza: dalle certificazioni tipiche del mondo anglosassone ai percorsi universitari e non, che chiunque di noi ha a disposizione. Pensiamo alla grande offerta formativa di Società private, Enti, OPI, FNOPI, Ministero, Società Scientifiche, Eventi congressuali, FAD, corsi Universitari come: Master, Lauree Magistrali, Dottorati di ricerca, ecc... Francamente credo che poche altre professioni nel mondo possano vantare l'offerta formativa che abbiamo a disposizione, con parte di essa contrattualmente tutelata. La sfida futura della nostra professione sarà di spiegare ai giovani colleghi, che dovranno combinare la loro volontà di carriera, con le loro passioni, le previsioni di esigenze di salute del cittadino e delle aziende; il consiglio è di prendersi il tempo necessario per decidere su quali canali formativi indirizzare la propria crescita affinché diano ricadute concrete di professionalità e siano riconoscibili contrattualmente ed economicamente, grazie alla loro rilevanza in termini di salute, reale e misurabile, sulla persona.

La bellezza della competenza. Abbiamo in regione decine di infermieri ai tavoli di lavoro tecnici per definire pareri richiesti da Regione Lombardia, ci sono colleghi che finalmente possono accedere come Consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU) agli albi dei Tribunali e finalmente avere in Italia infermieri (e non altri professionisti) che parlano di infermieristica ai magistrati, giurati ed ai giudici. Tanti di noi infermieri siamo impegnati nella scrittura di buone pratiche in Società Scientifiche, le cui raccomandazioni sono basate sulle ricerche di altri colleghi che si occupano tutti i giorni di ricerca.

La bellezza del territorio. In questi mesi con il progetto OPINCONTRA ho attraversato la provincia da Montescano a Varzi fino a Mede ed è proprio parlando con questi colleghi che ho visto il grande sforzo che in questo decennio hanno fatto per reinterpretare il ruolo di infermieri in una nuova organizzazione territoriale. Un contesto dove il dualismo delle cure e dei bisogni sociali, si intrecciano all'interno dello stesso termine: "salute".

E' in queste realtà che si vede la bellezza dell'essere infermiere, dell'essere parte di un gruppo di servizi alla persona, di qualcosa più grande di un reparto o di un ambulatorio, qualcosa di nuovo come lo era stato per i case-manager qualche anno fa; qualcosa che collega la casa del cittadino con la cura della malattia, in un contesto di povertà sociale in espansione, a causa dell'invecchiamento della popolazione pavese e della crescita delle famiglie unipersonali e di quelle a basso reddito.

Ricordo quando ho parlato con una lavoratrice, che vive con il marito, la figlia piccola e la madre anziana in casa allettata e stava attendendo una collega, infermiera dell'ADI, per la prima medicazione avanzata per la cura di una lesione

da pressione di quarto stadio: il racconto dell'attesa con tutte le domande, le paure di non riuscire a capire tutto, facevano percepire l'importanza che la famiglia dava a questa collega, per la ricaduta non solo sulla salute della madre, ma anche sulla vita personale e lavorativa di questa caregiver.

La bellezza di fare politica. Le cose cambiano quando come infermieri siamo presenti come rappresentanti in ruoli apicali nei sindacati, nelle istituzioni politiche, civiche o del terzo settore. Sempre un numero maggiore di infermieri si presenta alle elezioni e questo può essere la chiave di un vero cambiamento, poiché è nelle istituzioni che le norme e le politiche sanitarie si sviluppano, ed è in quella sede che vengono definite le strategie e i finanziamenti per gli infermieri. Come Ordine in questi anni abbiamo concentrato la rappresentanza parlando con il Prefetto, i dirigenti di ATS e delle aziende pubbliche e private del territorio, con l'Università, con i politici candidati nelle realtà locali e qualche risultato è stato ottenuto, non ultimo l'incontro con il dr Bertolaso di fine luglio che ci auguriamo porti ad una soluzione nell'acquisizione di nuovi colleghi da altri Paesi in forma regolamentata. La rappresentanza è anche dentro la Nostra Federazione dove cerchiamo di indirizzare le scelte per agire a livello Ministeriale e Internazionale.

La bellezza degli occhi. Girando in tutta la provincia ho visto quello che per anni mi veniva raccontato: la nostra è una comunità professionale che raccoglie in una "vita lavorativa", generazioni diverse che hanno operato in contesti profondamente diversi, con organizzazioni, formazione, norme e regole diverse e nonostante questo tengono saldi e comuni, i principi guida e la cura. Ho visto realtà come Casorate Primo dove colleghe a fine carriera discutevano delle aspettative nel futuro della professione con le giovanissime colleghe della COT. Ho visto gli occhi lucidi nei giovani colleghi quando due colleghe Ernestina ed Elisa sono andate in pensione. Ho visto l'umanità dei dirigenti e dei coordinatori preoccupati quando era chiaro che le risorse messe a disposizione dalle scelte Nazionali e Regionali non erano sufficienti e farsi in quattro per garantire la copertura dei turni e l'assistenza al cittadino; li ho visti gioire per un poster pubblicato ad un congresso dalla collega più giovane del reparto o quando a fronte delle difficoltà organizzative hanno con orgoglio tenuto il polso fermo sull'autonomia degli infermieri. Ho visto colleghi che insegnavano a neoassunti o prendevano in carico studenti della laurea triennale o dei master, modulando i contenuti in base alle caratteristiche dei nuovi e dei futuri colleghi. Ho visto lo sguardo degli studenti quando seguivano colleghi esperti gestire un'urgenza o accompagnare anziani nell'assunzione di terapie che avevano grandi complessità di somministrazione. Ho sentito colleghi a fine carriera lottare per il proprio pensiero come avessero vent'anni e colleghe pensionate battersi ancora per gli ideali che oggi fanno da pilastri alla nostra professione. Ho visto colleghi che hanno sviluppato la loro vena imprenditoriale. Ho sentito i racconti delle esperienze di cura e ne ho colto l'orgoglio nel non verbale per un successo o anche solo per averci provato al meglio di quello che il contesto offriva. Ho sentito i colleghi che si fermano per raccontarsi con orgoglio di come una vita era stata salvata perché l'infermiere ha avuto l'intuizione e la competenza per guidare le scelte del team.

Sono questi momenti di autentica bellezza che mi riempiono di speranza ed ogni giorno comprendo che la cittadinanza che ha interagito con il mondo della salute, ci riconosce e ci stima. Dovremo farci conoscere anche nell'aspetto preventivo al fine di coinvolgere le persone in salute ed i ragazzi nelle scuole, affinché non sia solo nel momento della cura che la popolazione si mette al nostro fianco; questa strada però posso già dirvi che è stata intrapresa da questo Ordine da molti anni e nessun Consiglio, oggi o nel passato, è mai venuto meno a questo impegno.

Io e gli altri 26 colleghi siamo alcune delle tante generazioni che popolano la nostra comunità professionale, come tutti voi che leggete queste righe lasceremo il nostro tassello nello sguardo di qualche collega, di qualche paziente o parente, sperando di aver rafforzato la professione per il futuro. Questa è la bellezza della nostra professione, quella che non si trova nei libri e negli editoriali, ma negli occhi di chi, questa professione la vive, la sente e la pratica.

Buona lettura
Matteo Così

EDITORIALE

La Redazione Nursing Foresight

Cari colleghi, care colleghe

Con questo numero di Nursing Foresight chiudiamo il primo ciclo della rinnovata rivista edita dall'OPI di Pavia. Un progetto nato 4 anni fa con l'obiettivo di essere strumento per dar voce alla Comunità Professionale di cui facciamo parte. Nel maggio 2021, l'editoriale del numero zero riportava le seguenti parole: "La struttura esterna della rivista è ancora da rifinire, ma il cuore pulsante da cui fiorisce è ben chiaro e condiviso: Nursing Foresight vorrebbe diventare l'espressione reale e concreta dei professionisti a cui è rivolto, e di cui auspichiamo una viva e frizzante partecipazione per pensare, plasmare e far crescere una modalità di fare cultura infermieristica che possa essere all'altezza del desiderio ardente che ognuno di noi, in quanto professionista, porta dentro di sé, e che gli dà le ragioni per cui, ogni giorno, vale la pena affrontare tutto, anche le drammatiche storie che abbiamo vissuto nell'ultimo anno e mezzo." Dopo 4 anni queste parole le sentiamo più vive e attuali che mai, in questo momento storico che stiamo attraversando come infermieri, ricco di cambiamenti, di sfide e di fatiche. Paradossalmente, ora, più di prima, nella crisi che stiamo affrontando e nonostante le ingiustizie che a volte subiamo, dobbiamo avere chiare e forti le ragioni che ci fanno andare avanti. E spesso ci fanno chiedere: ne vale la pena? Quindi, quale titolo più azzeccato è quello scelto dalla redazione: "La bellezza dell'infermieristica: perché ne vale la pena". Da sottolineare il punto alla fine della frase. Non è a caso che manca il punto di domanda. Perché per noi, - e credo che sia così anche per molti di voi, se non per tutti - è indubbio che ne valga la pena... a volte però perdiamo di vista le ragioni che ci fanno sostenere che "ne vale la pena".

La bellezza della professione infermieristica è multiforme e trova esplicitazione in molteplici aspetti sociali e culturali.

Empatia e Connessione Umana. Uno degli aspetti più belli della professione infermieristica è la capacità di stabilire profonde connessioni umane. Gli infermieri non solo forniscono assistenza medica, ma offrono anche un sostegno emotivo essenziale. Ascoltano, comprendono e rispondono ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, creando un ambiente di fiducia e speranza. La loro empatia può fare la differenza nella vita di una persona, contribuendo alla guarigione non solo fisica ma anche psicologica.

Competenza e Professionalità. La bellezza della professione infermieristica risiede anche nella competenza e nella professionalità con cui gli infermieri svolgono il loro lavoro. Essi sono altamente qualificati e continuamente aggiornati sulle nuove pratiche e tecnologie mediche. La loro abilità di eseguire procedure complesse con precisione e calma in situazioni di emergenza è ammirevole e testimonia un impegno costante verso l'eccellenza.

Versatilità e Adattabilità. Gli infermieri lavorano in una varietà di ambienti, dalle unità di terapia intensiva agli ambulatori, dalle case di riposo alle missioni umanitarie. Questa versatilità richiede

de una grande capacità di adattamento e una vasta gamma di competenze. Essi devono essere pronti a gestire situazioni imprevedibili e a lavorare con persone di tutte le età e condizioni sociali, dimostrando una straordinaria flessibilità e dedizione.

Impatto Sociale. La professione infermieristica ha un impatto significativo sulla società. Gli infermieri sono spesso in prima linea nelle campagne di prevenzione e promozione della salute, educando le comunità su temi importanti come le vaccinazioni, l'igiene e la gestione delle malattie croniche. Il loro contributo è fondamentale per migliorare la qualità della vita e il benessere collettivo.

Crescita Personale. Infine, la professione infermieristica offre numerose opportunità di crescita personale e professionale. L'interazione quotidiana con i pazienti, le sfide continue e la necessità di prendere decisioni critiche sviluppano capacità di leadership, problem-solving e comunicazione. Gli infermieri apprendono il valore della resilienza, della pazienza e della compassione, qualità che arricchiscono profondamente la loro vita personale e professionale.

La professione infermieristica e gli infermieri, - noi! -, svolgono un ruolo cruciale nel sistema sanitario, offrendo cura, conforto e supporto ai pazienti in momenti di grande vulnerabilità. Pur rappresentando una figura chiave del servizio alla comunità, in questi ultimi anni e soprattutto in epoca post pandemica, la carenza di infermieri è un problema critico che affligge molti sistemi sanitari a livello globale, in Italia in modo ancor più eclatante. Questo fenomeno ha ripercussioni significative non solo sulla qualità dell'assistenza sanitaria, ma anche sul benessere degli stessi operatori sanitari. La "Questione Infermieristica" è una sfida complessa che richiede un approccio multifattoriale e coordinato. Non bastano titoli sensazionalistici e pagine di riflessioni, commenti e opinioni fini a sé stesse. Il problema è strutturale e profondo. Solo attraverso l'impegno concertato di governi, istituzioni educative e organizzazioni sanitarie sarà possibile affrontare efficacemente questa emergenza "cronicizzata" e ormai ahimè normalizzata.

Auspiciando che governi e istituzioni prendono a cuore la "Questione Infermieristica" il prima possibile, la redazione Nursing Foresight augura a tutta la Comunità Professionale Pavese un buon proseguo di lavoro, mantenendo sempre ben chiare e forti le ragioni che ci fanno gridare che "L'Infermieristica ne vale sempre la pena!". Speriamo infine che Nursing Foresight sia stato gradito, e i contenuti abbiano raggiunto almeno in parte l'obiettivo prefissato, la redazione ringrazia tutti i colleghi e le colleghe che hanno partecipato con il loro tempo, idee e contributi e tutti coloro che hanno scaricato, letto o sfogliato Nursing Foresight.

Federica e Monica

In ricordo della Dott.ssa Giuseppina Pontello

Federica Dellafiore, Matteo Cosi, OPI Pavia

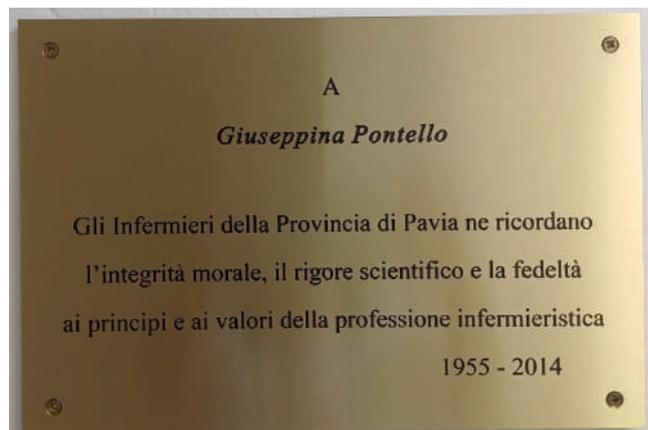


Il 7 luglio 2014, dopo una lunga malattia che da tempo combatteva, ci lasciava la dott.ssa Pontello, esponente di spicco dell'infermieristica nazionale e lombarda, ma in particolare della provincia di Pavia. Era difficile non rimanere affascinati, o almeno colpiti – in positivo – dalla sua personalità. Una profonda e rigorosa conoscenza scientifica e spesso culturale ed umano facevano da cornice ad un'umanità dolce e sincera, con cui entrava in relazione con chiunque incontrasse, facendo trasparire sempre stima e rispetto in ogni incontro.

Prima da infermiera poi come Dirigente, con dedizione e amore per la propria professione ha valorizzando l'infermieristica italiana e gli infermieri che dirigeva. Responsabile del Servizio Infermieristico e Tecnico Riabilitativo dell'A-

zienda Ospedaliera della provincia di Pavia, membro del collegio Ipasvi di Pavia e Membro del Consiglio di Amministrazione della CNAI per un mandato quadriennale negli anni Ottanta. La dott.ssa Pontello è, tuttavia, ricordata da tutti come la Maestra del Management Infermieristico, prima insegnato alla SUDI (Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano) e poi al Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche dell'Università Statale di Pavia e di Milano Bicocca.

A tal riguardo, è stata autrice del libro "Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000" (Elsevier, 1998), con cui ha contribuito a dare corpo a una dimensione infermieristica manageriale ricca di idee, vivace e pronta ad affrontare il passaggio e i cambiamenti degli anni 2000. Da dove ha origine il management infermieristico? Quali elementi ne hanno dominato lo sviluppo e quali temi gli infermieri si troveranno ad affrontare negli anni 2000? Queste sono solo alcune delle domande che affronta la dott.ssa Pontello nel suo volume, arricchito dall'esperienza di anni di docenza universitaria e di lavoro come infermiera dirigente in diversi contesti. Partendo dalla propria esperienza professionale, ha dialogato con infermieri coordinatori e caposala e dirigenti che si sarebbero trovati alla guida di gruppi nelle aziende del S.S.N., per affrontare situazioni ad intensa attività concorrenziale, in cui il fattore leadership e i diversi sistemi di qualità saranno sempre più essenziali. Libro e contenuti tutt'ora attuali. La redazione di Nursing Foresight, il Consiglio Direttivo e Collegio d'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia, si uniscono al ricordo della Dott.ssa Pontello,



segnalando la bella intervista alla prof.ssa Marisa Cantarello sulla rivista della FNOPI "L'infermiere" (<https://www.infermiereonline.org/2024/07/10/giuseppina-pontello-dieci-anni-dalla-sua-scomparsa/>).

Opi Pavia, ha voluto dedicare la biblioteca della nuova sede OPI alla collega pavese a ricordo della competenza e impegno nell'esercizio della professione. Una targa dedicata è stata posta in aula Biblioteca in occasione dell'inaugurazione della sede OPI, alla presenza della allora presidente Nazionale, la dott.ssa Silvestro Annalisa, e segretaria nazionale, dott.ssa Mangiacavalli Barbara.

Il ricordo dello Staff Didattico del Corso di Studio in infermieristica

Università degli Studi di Pavia - Sede Vigevano

Giuseppina Pontello

Infermiera Dirigente AO Pavia – Maestra di Management Infermieristico Università degli Studi di Pavia e Milano

A 10 anni dalla scomparsa di Giuseppina Pontello, uniamo il nostro ricordo a quello della Professoressa Marisa Cantarelli e della comunità infermieristica italiana che l'ha conosciuta e stimata per l'importante contributo allo sviluppo della professione infermieristica, come professore a contratto in ambito universitario e come autrice di testi su cui si sono formati centinaia di infermieri. Fare memoria è indispensabile per continuare, per ringraziare e conservarne l'insegnamento, per tramandare un modello di assistenza infermieristica e un ideale di professionista.

In uno dei suoi testi ha scritto:

“una solida identità professionale fondata su un modello concettuale di riferimento e una chiara conoscenza dei principi che regolano il funzionamento delle organizzazioni sanitari” sono “condizioni necessarie di una cultura manageriale, non solo improntata sulle normali regole organizzative estensibili a tutte le imprese di tipo liberale ma che contenga la specificità della funzione infermieristica” (Pontello G. 1998. Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000)

Le meno giovani di noi hanno avuto la fortuna di conoscerla nella quotidianità del lavoro. Come un faro è stata un punto di riferimento per tutti e con tutti ha saputo dialogare grazie alla sua esperienza di vita e ai lunghi e ricchi anni di professione come infermiera, coordinatrice, dirigente infermieristica e insegnante. L'integrità morale e la statura professionale, l'eloquio fluido e incisivo, la sincera ma misurata cordialità imprimevano un marchio inconfondibile nella relazione con l'altro e la facevano capace di accogliere, incoraggiare, comprendere, risolvere. Distillava, ogni volta, pillole di saggezza umana e professionale. L'incontro con lei richiamava sempre all'impegno e alla responsabilità.

La sua presenza instancabile si sentiva molto così come, adesso, si sente ancora tutto il vuoto che ha lasciato.

Fedele ai principi della professione infermieristica, totalmente immersa nell'organizzazione non ha mai abbandonato l'insegnamento e non ha mai fatto mancare il suo appoggio e la sua collaborazione in ogni iniziativa formativa e di docenza nell'ambito del Corso di Studio in Infermieristica. Come insegnante e come dirigente ha avuto un ruolo determinante per la realizzazione del tirocinio professionalizzante degli studenti infermieri della sede di Vigevano. La sua competenza, forgiata nello studio rigoroso, nella riflessione e nell'esperienza quotidiana unite alla sua mente vivace e brillante l'hanno resa una figura preziosa capace di trovare soluzioni concrete ai problemi dell'organizzazione dell'assistenza infermieristica ricercando il difficile punto di incontro tra disciplina e management; ciò ha reso possibile la creazione delle condizioni migliori per l'apprendimento e per la crescita professionale degli studenti.

A lei va il nostro ricordo affettuoso e riconoscente.

Annamaria Rampi, Mariachiara Ponzetto, Luigia Belotti e tutti i Tutor del Corso di Studio in Infermieristica della sede di Vigevano

Progetto 12 MAGGIO: tutti insieme per il tuo benessere

Emanuela Cattaneo, ICS Maugeri Pavia



Il 12 maggio del 1820 nacque Florence Nightingale, fondatrice delle Scienze Infermieristiche moderne. L'*International Council of Nurses* ricorda questa data celebrando in tutto il mondo la *Giornata internazionale dell'Infermiere*. In Italia dal 1992 l'allora Federazione nazionale Collegi Ipa-svi sostiene la *Giornata internazionale dell'Infermiere* anche attraverso la diffusione di manifesti che sottolineano l'impegno degli infermieri italiani sui temi della solidarietà e dell'alleanza con i pazienti e le loro famiglie. Tutti gli slogan scelti in oltre un decennio ribadiscono la scelta di stare "dalla parte del cittadino". Da allora la data del 12 maggio è diventata per gli infermieri italiani un'occasione per far parlare di sé, un modo per avvicinarsi alla cittadinanza mostrando le potenzialità, ma anche le criticità, della nostra professione.

Quest'anno OPI Pavia, grazie al gruppo di lavoro "12 maggio" e con il patrocinio del Comune di Pavia, ha realizzato un pomeriggio dedicato alla cittadinanza pavese presso la galleria della Cupola Arnaboldi. Tanti sono i colleghi che sono intervenuti con la realizzazione di momenti di musica, danza, canto e dimostrazioni pratiche. Lo slogan di quest'anno deciso dal gruppo di lavoro è stato "Tutti insieme per il tuo benessere", scelto per sottolineare l'importanza della collaborazione fra i vari membri del team assistenziale. Infatti, in ambito sanitario, il lavoro di squadra e la collaborazione fra i vari membri del team è indispensabile per garantire alla cittadinanza la migliore assistenza possibile. Infermieri accompagnati da medici, a fisioterapisti, tecnici di radiologia, psicologi, Operatori socio sanitari e dietisti hanno dato vita ad un "Flash Mob",

coreografato dall'insegnante di danza Federica Bacchetta della scuola "Danzami" di Gropello Cairoli, sulle note della famosa canzone Stayin' Alive dei Bee Gees. Il "Restare vivo" del titolo della canzone si è tradotto in Cupola Arnaboldi anche grazie ai volontari dell'Associazione di "Pavia nel cuore" che a tempo di musica hanno dato dimostrazioni alla cittadinanza di come eseguire correttamente il massaggio cardiaco.

Durante il pomeriggio 3 gruppi di allieve dagli 8 ai 30 anni hanno messo in scena 5 coreografie di Federica Bacchetta, Tiziana Fimiani e Luca Peluso tratte dallo spettacolo di fine anno "Voglio Tornare negli anni 90". Tecnica classica, ritmi incalzanti, musiche orecchiabili, con passione ed entusiasmo bambine e ragazze si sono esibite davanti ad un pubblico numeroso, in una delle poche domeniche calde che ci ha regalato questa primavera, con il desiderio e l'obiettivo di far convergere il maggior numero di persone possibile all'evento. Un'esperienza divertente, che ha unito le persone grazie al potere della danza: un linguaggio universale che arriva ai cuori delle persone.

Un particolare ringraziamento al maestro Aldo Colombo che ha suonato la melodia indimenticabile del "Silenzio" in memoria di tutti gli operatori sanitari che in questi anni si sono spesi a salvaguardia della salute di tutti i cittadini e che ancora oggi rivestono un ruolo fondamentale a tutela e garanzia delle persone, anche in scenari particolarmente pericolosi come le guerre e le carestie.

Un doveroso ringraziamento alla Protezione Civile di Garlasco e a tutte le Associazioni presenti: Pavia nel cuore, Una famiglia per il cuore, Clown dottori, Associazione giovani con Diabete, Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare.





E come diceva Florence Nightingale: “Per ottenere la felicità, dovremmo accertarci di non restare mai senza un obiettivo importante” e quello di noi professionisti sanitari è prendersi cura dei cittadini.

Infine, un grazie a tutti i colleghi che hanno partecipato al gruppo di lavoro 12 maggio: Irina Tudori, Simona Cattaneo, Martina Casiraghi, Loretta Marinoni, Ilaria Valle, Ileana Boschetti, Anna Fortunato, Daniela Carena, Rosa Corarello, Ida Covelli, Marina Iamundi, Dario Giacalone, Luigi Curia, Antonello Galletti, Massimiliano Barbieri, Matteo Cossi, Stefania Cagnoni, Dorina Pedrazzini, Candida Tallarico, Natalizia Vizzani, Fiorenza Bucci, Agnese Durante, Alessandro Surano, Isabel Santtiz, Alice Rolla, Claudia Carini, Digenni Antonella, Federico Pandini, Silvia Giudici.



Progetto “ESSERE INFERMIERE” La percezione della figura infermieristica fra i giovani

Fiorenza Bucci

U.O. Pediatria Degenza, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia



La diminuzione a livello nazionale e locale del numero degli studenti che si iscrivono al Corso di Studi di Infermieristica e del numero di infermieri esercitanti la professione pone numerosi interrogativi circa l'attrattiva della stessa, e quindi l'esigenza di sviluppare percorsi dedicati alla riscoperta dei valori fondanti l'infermieristica, al fine di valorizzare la professione stessa come scienza e disciplina. Questa consapevolezza e necessità ha motivato il Progetto “Essere infermiere” realizzato dal gruppo di lavoro di OPI Pavia, guidato dal Presidente Matteo Così, in partnership con l'Università degli Studi di Pavia.

Il 12 aprile presso l'Istituto Tecnico Industriale Statale “G. Cardano” di Pavia, il gruppo di lavoro di OPI Pavia ha presentato e promosso la professione infermieristica con l'obiettivo di stimolare e indirizzare, all'interno delle scuole medie superiori, una scelta consapevole del Corso di Laurea, illustrando agli studenti il percorso e gli sviluppi lavorativi. Durante l'evento vari colleghi hanno raccontato la propria esperienza lavorativa, nei diversi setting operativi: Irina Tudori, consigliere OPI Pavia, moderatrice dell'evento; Emanuela Cattaneo, Presidente della Commissione d'Albo infermieri di Pavia che ha illustrato le caratteristiche e funzioni dell'ente OPI Pavia, uno tra i quali è proprio la pro-

mozione della figura infermieristica; Martina Casiraghi e Federico Pandini, due giovani infermieri da poco laureati e attualmente operanti presso la Divisione di cardiologia riabilitativa di ICS Maugeri di Pavia; Loretta Marinoni, infermiera presso il servizio MAC Oncologico ICS Maugeri di Pavia; Simone Molinari ha testimoniato la sua esperienza in Areu Lombardia; Eligio Gibelli, infermiere presso l'U.O. di Pronto Soccorso Pediatrico in Policlinico San Matteo, Pavia; Isabel Santtiz e Fiorenza Bucci, Infermiere presso l'U.O. di Pediatria in Policlinico San Matteo, Pavia; e infine Maria Grazia Merlo, Direttore delle Attività Didattiche del CDL sede Policlinico che, in rappresentanza dell'ateneo pavese, ha illustrato le modalità di accesso e le caratteristiche del CdL in Infermieristica.

Al termine dell'evento è stato consegnato un questionario agli studenti partecipanti con lo scopo di indagare la percezione della figura infermieristica fra i giovani. Il questionario ha tratto ispirazione da un'indagine condotta nel periodo di maggio-giugno 2011 a Parma (La percezione della professione infermieristica fra i giovani, Rivista L'Infermiere N° 2 - 2013. Autori: Papa Antonella, Masera Giuliana, Paola Siri)

In totale sono stati raccolti 246 questionari, indagando 246 studenti tra i 16 e i 21 anni, di cui 183 maschi e 63 femmine. Il 94,71% dei partecipanti considera la professione infermieristica non legata all'appartenenza di genere, mentre per il 4% la professione infermieristica è connotata al femminile. L'1,21% ritiene invece che sia una professione maschile. La professione infermieristica viene vista come collaborativa con altre figure professionali (97,96%), di responsabilità nei confronti dei pazienti (98,78%), utile (97,96%) e relazionale (95,12%). Solo l'11,78% ritiene che la professione sia autonoma, il 5,28% molto autonoma, il 46,34% poco autonoma e il 36,58% non autonoma. Il 60,1% degli intervistati ritiene che abbia un riconoscimento sociale, il 7,3% che ne abbia molto, il 29,26% poco mentre il 3,25% che non sia socialmente riconosciuta. La professione è considerata “educativa” (89,43%) e “attenta alla persona nella sua globalità” (93%) Tra gli aspetti critici di questa professione gli studenti enunciano “i turni di lavoro scomodi” (82,92%), “stipendio basso” (71,13%), “avere a che fare con la sofferenza delle persone” (63,82%), la “scarsa autonomia professionale” (7,31%), “lavoro di scarso prestigio” (6%), la “scarsa possibilità di occupazione” (3,25%), un “lavoro socialmente poco utile” (2%).

Gli studenti partecipanti parlano dell'infermiere come un professionista "gentile" (76%), "disponibile" (75,60%), "attento" (75,20%), "competente" (69,51%), "premuroso" (56,91%), "stressato" (20,73%), "frettoloso" (7,72%); una piccola percentuale segnala l'aggettivo "arrogante" (4,06%).

Il 75,60% del campione è a conoscenza che l'infermiere, per esercitare la sua attività, debba essere iscritto all'albo professionale. Invece, oltre la metà degli intervistati (64,22%) non conosce l'opzione della libera professione per l'infermiere. Si è chiesto infine a ciascun interpellato di descrivere con una sola parola la professione infermieristica da un punto di vista soggettivo. Di seguito viene riportato l'elenco delle singole risposte considerate valide (221/246 risposte, le restanti erano assenti o fuori contesto) (Figura 1).

TERMINE	N	TERMINE	N
INDISPENSABILE	38	SOTTOVALUTATA	2
UTILE	31	DEDIZIONE	2
AIUTA	19	CORAGGIO	2
COMPLESSA	18	NOBILE	1
IMPORTANTE	13	BUONO	1
RESPONSABILE	12	MULTITASKING	1
ALTRUISTA	9	INSOSTITUIBILE	1
DISPONIBILE	8	UMILE	1
ATTENTA	6	PARTICOLARE	1
INTERESSANTE	6	SOFFERENTE	1
SALVATORE	5	AFFIDABILE	1
PROFESSIONISTA	4	POLIEDRICO	1
SACRIFICIO	4	DI CURA	1
STRESSANTE	4	REPERIBILE	1
EMPATICO	4	EPICA	1
EROICA	4	TEMPESTIVA	1
ANGELICA	3	UNICA	1
COMPETENTE	3	COMPLEMENTARE	1
GRATIFICANTE	3	VOLENTEROSA	1
DETERMINAZIONE	2	SACRA	1
INCREDIBILE	2		

Figura 1. Come descrivere la professione?

L'indagine condotta permette di sottolineare come, rispetto allo studio compiuto nel 2011 a Parma, sembra sia aumentata la consapevolezza che la professione infermieristica non sia legata all'appartenenza di genere. La professione viene oggi vista quasi dalla totalità del campione come "collaborativa con le altre figure professionali", di "responsabilità verso il paziente", "utile" e "relazionale". Quasi la metà degli studenti partecipanti ritiene che la professione sia "poco autonoma" e un terzo che non lo sia. Nota positiva riguarda il riconoscimento sociale in quanto più della metà degli studenti ritiene che la professione infermieristica sia socialmente riconosciuta. A differenza dello studio svolto

nel 2011, oggi la professione viene considerata "educativa" e "attenta alla persona nella sua globalità".

I primi tre aspetti critici della professione enunciati dagli studenti sono: al 1° posto "turni di lavoro scomodi", segue lo "stipendio basso" e al terzo posto "avere a che fare con la sofferenza delle persone". Nello studio del 2011 i turni di lavoro scomodi erano sempre la criticità maggiormente segnalata, ma nei primi tre posti al posto dello stipendio basso rientrava "la scarsa autonomia professionale", che nello studio odierno riveste il 4° posto. Ciò ci fa riflettere sia sull'importanza della turnazione lavorativa che su una maggiore attenzione data oggi alla remunerazione economica. I primi tre aggettivi con cui l'infermiere viene descritto oggi sono: gentile, disponibile e attento; al contrario, nello studio del 2011 la prima caratteristica con cui veniva descritto l'infermiere è "frettoloso", termine che riveste il penultimo posto nello studio odierno. Ciò è una nota positiva, in quanto, tale aggettivo negativo non rappresenta per i giovani di oggi una parola con cui descrivere il professionista infermiere; una maggiore attenzione ai tempi di cura potrebbero aver migliorato la qualità di assistenza fornita oggi al paziente. Inoltre, è aumentata la conoscenza secondo cui l'infermiere per esercitare la sua attività debba essere iscritto a un albo professionale, mentre più della metà del campione, come già rilevato nel 2011 non conosce l'opzione della libera professione per l'infermiere.

Infine, è stato chiesto agli studenti di descrivere la professione infermieristica da un punto di vista soggettivo. Interessante notare come i primi due termini con cui la professione viene descritta da entrambi gli studi sono i medesimi: indispensabile e utile. Alla luce dello studio svolto è necessario riflettere sul miglioramento della remunerazione economica e della turnistica lavorativa al fine di contrastare le prime due criticità della professione infermieristica e favorire di conseguenza un maggiore interesse nell'approccio alla nostra professione. Inoltre, si rileva indispensabile informare i giovani sulla possibilità di lavorare come liberi professionisti; questa opzione permetterebbe di abbattere la difficoltà correlata ai turni di lavoro per coloro che lo volessero. Infine, si ritiene utile informare i giovani sulle competenze infermieristiche chiarendo ciò che l'infermiere può compiere o meno in autonomia.

Futuri momenti di confronto con la comunità si rendono necessari al fine di contrastare alcune spinosità emerse nell'indagine e promuovere la figura infermieristica. Adempiremo in tal modo a uno dei compiti fondamentali dell'Opi cioè quello di trasmettere la passione verso la professione poiché come afferma Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS, "gli Infermieri sono la spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario".

Progetto OPI INCONTRA

Antonello Galletti

Vice-Presidente Commissione d'Albo, Coordinatore Servizio Epidemiologia, ASST Pavia



Il progetto OPINCONTRA è uno sportello d'ascolto ambulante: non solo il singolo infermiere si reca presso la sede OPI PV, ma l'Ordine stesso incontra e abbraccia idealmente ogni singolo infermiere della nostra Provincia, nel suo territorio.

Il progetto OPI INCONTRA nasce dalla sinergia collaborativa dei colleghi che ricoprono le principali cariche di OPI PV attualmente in essere: fin dai primi mesi di lavoro dell'attuale gruppo di OPI PV, la dott.ssa Emanuela Cattaneo, Presidente della Commissione d'Albo di OPI Pavia, ha ideato e proposto questo progetto, sostenuta e incoraggiata dal ex presidente dott. Michele Borri e dall'attuale presidente dott. Matteo Così. Dopo i vari passaggi istituzionali che necessitano delle tempistiche richieste, alla fine del 2023 questo progetto è entrato nella fase operativa vera e propria.

Così, dalla fine del 2023, i colleghi dell'attuale Commissione d'Albo e dell'attuale Consiglio Direttivo hanno avviato momenti di incontro in varie zone e strutture sanitarie della provincia di Pavia. Nella prima parte di questo progetto sono stati incontrati i colleghi di ICS Maugeri nelle sedi di Montescano e di Via Ferrata a Pavia, i colleghi di ASST Pavia nelle sedi di Voghera, Stradella, Varzi, Vige-

vano, Mede, Casorate. Nella seconda fase – da settembre fino alla fine di dicembre- sono previsti incontri con i colleghi di ASST Pavia nella sede di Mortara, i colleghi di Policlinico San Matteo, di Città di Pavia, della Clinica Beato Matteo, e in seguito i colleghi dell'Azienda Servizi alla Persona del Santa Margherita e del Pertusati. Infine, sono previsti momenti di incontro presso le Strutture Residenziali per poter raggiungere ogni infermiere della Provincia. Ogni incontro, della durata di 4 ore circa, ha l'obiettivo principale di avviare momenti di contatto e confronto sulle varie esigenze, criticità e valutazioni che i colleghi di tutta la provincia possono percepire e vivere. Ogni singola esperienza, ricca di spunti unici e molto diversificati, soprattutto come conseguenza della varietà e complessità dei servizi sanitari offerti sul territorio pavese, è occasione per noi di riflessione critica e costruttiva per l'attività dell'attuale gruppo di lavoro OPI PV a sostegno di tutti i colleghi della provincia. Gli argomenti maggiormente dibattuti sono stati la carenza attuale degli infermieri, lo scarso riconoscimento economico e sociale, i crediti ECM, le politiche Regionali apparentemente non in linea alle esigenze della linea operativa, l'attuale digitalizzazione della comunicazione OPI-infermiere, i percorsi formativi, le future Lauree Magistrali Cliniche, lo sviluppo professionale, e le nuove figure di supporto. Alcuni incontri





hanno riscontrato un importante numero di partecipanti, con discussioni accese e sempre estremamente corrette, altri invece con minor afflusso. In alcune occasioni gli incontri sono stati effettuati direttamente nelle U.O. delle varie strutture ospedaliere, per incontrare e parlare con i colleghi, sempre accolti con disponibilità e avviando una discussione costruttiva.

Questo progetto ha riscontrato molto favore e successo anche nei colleghi di OPI PV che lo hanno realizzato. La resilienza spesso riscontrata nelle esperienze dei colleghi

operanti nelle Strutture Ospedaliere, e la loro capacità di essere parte – e a volte volano – del cambiamento organizzativo della trasformazione dei vecchi Poli Ospedalieri nelle nuove piattaforme di cure intermedie (cambiamento che ancora non si è concluso, in attesa della configurazione finale delle Centrali Operative Territoriali (COT), delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità) è stata fonte di stupore e ammirazione, a cui vogliamo fare un plauso sincero.

OPINCONTRA 2024

**L'ORDINE DELLE
PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**

INCONTRA GLI ISCRITTI

SPORTELLO AD ACCESSO DIRETTO IN
SALA CONGRESSI 3° PIANO

ASST PAVIA - SEDE OSP. STRADELLA

15 MAGGIO ORE 13:00 - 18:00

- Crediti ECM: che fare?
- Risoluzione problemi con la PEC
- Offerta Formativa
- Pagamento Bollettini PagoPA
- Gruppi di lavoro
- Futuro della Professione

- Sviluppo professionale
- Percorsi Formativi post-base
- Nuove figure di supporto
- Attività di ricerca infermieristica
- Rivista Nursing Foresight
- Società Scientifiche infermieristiche
- Politica professionale OPI in Regionale
- FNOPI e i temi caldi dell'infermieristica



OPINCONTRA 2024

**L'ORDINE DELLE
PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**

INCONTRA GLI ISCRITTI

SPORTELLO AD ACCESSO DIRETTO IN
SALA ATTESA RADIOLOGIA

ASST PAVIA - SEDE OSP. VARZI

22 MAGGIO ORE 13:00 - 18:00

- Crediti ECM: che fare?
- Risoluzione problemi con la PEC
- Offerta Formativa
- Pagamento Bollettini PagoPA
- Gruppi di lavoro
- Futuro della Professione

- Sviluppo professionale
- Percorsi Formativi post-base
- Nuove figure di supporto
- Attività di ricerca infermieristica
- Rivista Nursing Foresight
- Società Scientifiche infermieristiche
- Politica professionale OPI in Regionale
- FNOPI e i temi caldi dell'infermieristica



Progetto Formazione di OPI PAVIA

Paola Sirtori, Giacomo Balladore, Luana Grossi

Il gruppo Formazione, Opi PV

La formazione in ambito pedagogico è definita come un processo complesso di trasferimento di contenuti e metodi per fare acquisire alle persone livelli intellettuali, culturali, emotivi e spirituali sempre maggiori.



La Nostra Storia

Nel 2021 l'Opi di Pavia sotto la spinta dell'allora Presidente dott. Michele Borri, coadiuvato dai rappresentanti del gruppo Formazione Inf. Maria Paola Sirtori (Coordinatore) e dall'Infermiere dott. Giacomo Balladore (Segretario) inizia il percorso per diventare Provider ECM Nazionale. Viene costituito il Comitato Scientifico formato da membri che rappresentano tutte le figure sanitarie con il compito di validare preventivamente il Piano Formativo e i singoli progetti formativi non previsti nel Piano. Viene acquisito un sistema informatico idoneo per la gestione, archiviazione, protezione e conservazione di dati, per il governo del processo di accreditamento e per la gestione e trasmissione dei flussi delle partecipazioni a COGEAPS e per l'erogazione in autonomia di corsi FAD.

Contemporaneamente l'Ordine di Pavia inizia il percorso di certificazione con l'American Heart Association diventando un Training Center e creando un gruppo di istruttori certificati BLS-D per dare al via nel 2022 all'erogazione di corsi BLS-D adulto e pediatrico certificati AHA rivolti a tutte le figure sanitarie. Attualmente in Training Center AHA OPI Pavia è autonomo nella formazione e ricertificazione dei propri istruttori.

La Nostra Attività

L'OPI di Pavia inizia così a progettare, organizzare ed erogare corsi di formazione accreditati ECM in base al fabbisogno raccolto dagli iscritti. La collaborazione con altri Ordini delle Professioni Infermieristiche e/o altri Enti Sanitari (pubblici e/o privati), risulta vincente nel raggiungere l'obiettivo di avvicinarsi sempre di più alle necessità formative degli Infermieri e di rendere l'Infermiere stesso protagonista del suo percorso formativo. Per questo Opi Pavia ha cercato di fare sue le proposte formative che in questi anni si sono presentate offrendo ai propri iscritti diverse tipologie di corsi Residenziali e FAD e laddove possibile decentralizzando il corso nella sede più idonea.

Di seguito alcuni degli argomenti proposti come corsi Residenziali:

- "CORSO DI FORMAZIONE PER RAPPRESENTANTI ORDINI NELLE COMMISSIONI DI LAUREA" in collaborazione con l'ordine TSRM-PSTRP
- "L'ELETTROCARDIOGRAMMA NELL'URGENZA: DALLA TEORIA ALLA PRATICA" tenuto dal dott. Savastano in collaborazione con l'Istituto di Cura Città di Pavia
- "NUOVE FRONTIERE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO I TRANSITIONAL CLINIC CARE" in collaborazione con i medici pediatrici
- "LA FORMAZIONE E RUOLO DEI PRESIDENTI E DEGLI INFERMIERI ESPERTI NELLE COMMISSIONI D'ESAME FINALE PER GLI OPERATORI DI SUPPORTO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSSF): RIFERIMENTI NORMATIVI E LINEE GUIDA" con la partecipazione degli Ordini Infermieristici Lombardi
- "LA RICERCA APPLICATA ALL'INFERMIERISTICA: PARADIGMI, METODI E STRUMENTI" che ha coinvolto diversi iscritti dell'Ordine nei tre giorni di corso
- "COMUNICAZIONE IPNOTICA IN AMBITO SANITARIO" che all'interno dei due giorni di corso ci sono state anche esercitazioni inerenti al tema
- "ISTRUZIONI PER IL PROFESSIONISTA SANITARIO: IL SISTEMA ECM E LA PIATTAFORMA COGEAPS"

E queste sono alcune delle nostre FAD:

- "GESTIONE DEL DOLORE IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO" – Responsabile Scientifico dott.ssa Fogli Fabiana, Infermiera Libera Professione
- "IL REGOLAMENTO EUROPEO GDPR 679/2016" - Responsabile Scientifico Dott. Michele Borri, Infermiere IRCCS San Matteo di Pavia
- "INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E SICUREZZA DEL NEONATO E LATTANTE" – Responsabile Scientifico dott. Servi Pierpaolo, Infermiere IRCCS San Matteo di Pavia
- "IL PERCORSO DELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI A SCOPO DI TRAPIANTO: DALL'ACERTAMENTO DI MORTE AL PRELIEVO IN SALA OPERATORIA" - Responsabile Scientifico dott.ssa Olati Maria Cristina, Infermiera IRCCS San Matteo di Pavia
- "VIOLENZA DI GENERE: ASSISTENZA SANITARIA E RUOLO DELLA RETE INTERISTITUZIONALE ANTIVIOLLENZA DI PAVIA" - Responsabile Scientifico TAVAZZI PAOLA, Avvocato – Presidente cooperativa Liberamente ONLUS
- "METODO DI RILEVAZIONE DELLA PRESSIONE INTRACRANICA: L'ECOGRAFIA DEL NERVO OTTICO" - Responsabile Scientifico PITINO GIULIA, Infermiera

La risposta dei colleghi alla formazione proposta non ha tardato ad arrivare e la partecipazione ai nostri corsi è andata gradualmente ad incrementarsi. Parlando in numeri possiamo sintetizzare:

- ✓ N. 50 EDIZIONI DI BLS/D con 500 partecipanti
- ✓ N. 14 CORSI RESIDENZIALI con 590 partecipanti
- ✓ N. 6 CORSI FAD con 548 partecipanti (2 FAD ancora attive)

I Nostri Obiettivi

Incrementare e favorire la partecipazione dei nostri iscritti alla costruzione del Piano Formativo annuale, responsabilizzare sempre di più il professionista nel definire i suoi obiettivi formativi, coinvolgere attivamente nel processo formativo i colleghi che presentano concretamente delle proposte formative, costruire un concreto progetto di collaborazione con l'Università di Pavia e/o con altri Enti, continuare la collaborazione con altri Ordini delle professioni Sanitarie.

L'obiettivo finale rimane quello di coinvolgere sempre più iscritti nell'attività formativa dell'Ordine, di ricercare e attrarre proposte di collaborazione in ambito formativo con l'OPI e tra professionisti che lavorano in ambiti diversi, di creare attraverso la formazione momenti di confronto e discussione sui temi principali che riguardano la nostra professione.

CORSI BLS/D



ADULTO E PEDIATRICO

DURATA DEL CORSO 7 ORE
08:30 – 16:30

CREDITI ECM
12,4



RCP QUALITY



ISTRUTTORI

Inf. Maria Paola Sirtori
Inf. Giacomo Balladore
Inf. Mattia Bertola
Inf. Michele Borri
Inf. Aurelia Campaci
Inf. Lorenzo Casole
Inf. Daniela Colombi
Inf. Michele Contini
Inf. Fabiana Fogli
Inf. Antonello Galletti
Inf. Sabina Gulino
Inf. Samuele Lampugnani
Inf. Paola Rita Loda
Inf. Laura Maffi
Inf. Gabriele Montagnoli
Inf. Stella Odato
Inf. Maria Cristina Olati
Inf. Eliana Pastormerlo
Inf. Tatiana Pellegrino
Inf. Stefania Pisano
Inf. Cristian Tiengo
Inf. Silvana Tosi

SEDE: OPI DI PAVIA

Via Flarer, 10

PER INFO: formazione@opipavia.it

VISITA IL SITO: <https://opipavia.salavirtuale.com>



La Pianificazione Condivisa delle Cure. Il tempo della relazione come tempo di cura nella società di oggi

Aurelio Filippini, *Presidente OPI Varese*

Nel suo testo del 1993 Toronto ci consegna una definizione di "convivenza" tra politica morale che trovo incredibilmente attuale e calata nel contesto italiano. "Una volta compreso che gli argomenti morali hanno un contesto politico, iniziamo a riconoscere come i confini modellino le concezioni morali. Valori sociali ampiamente accettati costituiscono il contesto nel quale interpretiamo tutti gli argomenti morali, certe idee funzionano come confini escludendo alcune concezioni della morale dalla considerazione. Un concetto in grado di descrivere tanto una versione morale quanto una versione politica della vita buona può aiutarci a sfuggire ai dilemmi generati dalla considerazione della morale e della politica come sfere separate. Sostengo che la cura possa servire sia come valore morale sia come base per la realizzazione politica di una buona società (1). La buona società quindi si dovrebbe reggere in equilibrio tra i valori sociali che decide di rappresentare e le concezioni morali che i singoli cittadini portano come proprio bagaglio personale.

In quale contesto sociale quindi la Pianificazione Condivisa delle Cure si inserisce?

La legge n. 219/2017 Disposizioni Anticipate di Trattamento, Pianificazione Condivisa delle Cure e Consenso informato apre scenari eticamente rilevanti in un'ottica di rispetto della morale sostanziale, che caratterizza il singolo individuo, in relazione alla morale procedurale che deve caratterizzare il diritto normativo di una società attenta e umana, solo mantenendo il rapporto tra queste due morali lo Stato può dirsi garante dei diritti dei suoi cittadini (2). Una società votata alla difesa dei diritti del singolo, nel rispetto della libertà e autodeterminazione di tutti, può tutelare il diritto di ogni persona di poter fare scelte libere e consapevoli riguardo la propria vita e la propria salute, coinvolgendo la politica, il sistema sanitario e i cittadini nella presa in cura della vulnerabilità e fragilità che caratterizzano l'umano, serve quindi un'etica dell'attenzione a guidare il pensiero e l'azione sociale, un'etica votata alla relazione e all'analisi dei contesti che rispetti le singolarità e si faccia carico responsabilmente delle Persone: l'Etica della Cura che Gilligan ha auspicato è una risposta (3). L'Etica della Cura si colloca all'interno di un percorso virtuoso aprendo nuove possibilità affrontando diversi temi quali la difesa del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e tutela l'autodeterminazione.

Questi passaggi fondamentali però si inseriscono in una so-

cietà che alcuni sociologi contemporanei non hanno definito come particolarmente attenta alla relazione e alla cura, anzi si parla di società liquida e levigata.

Non possiamo non prendere in considerazione l'attenta analisi di Bauman. Egli infatti asserisce che la forma liquido-moderna di esenzione dalla sfera del giudizio morale è ricalcata sul modello della relazione consumatore-merce, e la sua efficacia si basa sul trasferimento di quel modello nell'ambito dei rapporti umani (4). La liquidità morale rappresenta il presupposto per lo smarrimento valoriale: cosa è bene è una domanda che oggi non ci facciamo più. Bauman descrive molto bene come questo fenomeno abbia portato alla spersonalizzazione dei rapporti umani passando all'utilizzo del modello commerciale, portando all'estremo della superficialità le relazioni abbassandole a livello di scambio di merci non di valori (vali tanto quanto puoi materialmente offrire o comprare). Il modello di relazione è tra consumatore e l'oggetto materiale del contendere. Ma se questa è la tendenza della società moderna la relazione con le parole, i gesti e il tempo che curano su cosa poggiano?

Comunichiamo per chiedere o dare, per pretendere o vendere, l'utilizzo dei social ha limitato e impoverito il linguaggio riducendo il numero e la qualità delle parole e limitandone il significato, escludendo i sensi dalla relazione: l'intensità degli sguardi, il suono delle parole e il calore del tocco...sono sostituiti da una tastiera o uno schermo touch, relazionarsi così limita le percezioni e influisce sul contenuto del messaggio e sulla sua interpretazione.

Altra interessante analisi riguarda il concetto di "levigatezza" che, secondo Byung-Chul-Hal (2015) (5), filosofo coreano contemporaneo, rende il mondo senza increspature, senza espressione e senza difetti, lo si vede sui bene materiali quanto sui volti, toglie espressione, nega la sofferenza e ha la conseguenza di impoverire la vita impendendo alle esperienze non piacevoli (non per forza negative) di lasciare in noi un segno, quel segno che fa crescere. Il dolore così diventa afinalistico e legato alla perdita di qualcosa di terreno, ci si dispera perché non si può avere il cellulare di ultima generazione o l'intervento di chirurgia plastica, o un'auto, un abito...è diventato normale sentire che vengono uccisi bambini, donne, intere popolazioni...Si prova paura o rabbia verso persone diverse e si cerca di allontanarle... La pandemia con l'isolamento forzato ha acuito tutto questo mettendo ancora più distanza tra esseri umani. La bellezza

si lega al mero possesso di quello che la società propone come modello da seguire, non sei bello, non hai quella cosa bella... allora non sei preso in considerazione. Come possiamo quindi rendere i valori espressi nella norma coerenti e inseriti in una società dell'apparire? L'azione politica, sicuramente guidata dal Comitato Nazionale di Bioetica di cui si leggono chiaramente i valori ed i principi, ha prodotto un documento dicotomico rappresentando valori in cui in realtà non crede?

Vito Mancuso ci consegna uno stimolo davvero interessante grazie al quale possiamo interiorizzare i valori per renderli nostri: la virtù della consapevolezza. "Consapevolezza è prendere coscienza. Ho scritto il verbo *prendere* in corsivo per evidenziare questa azione attiva che rende a trasformare la coscienza in consapevolezza e farne una virtù. La coscienza infatti, in quanto organo di cognizione, accompagna da sempre il vivere e agisce spesso indipendentemente dalla ragione elaborando le informazioni necessarie e sotto questo profilo non è una virtù ma piuttosto una qualità. Essa però in quanto coscienza naturale che funge da centro di raccolta e di elaborazione delle informazioni è del tutto passiva rispetto alla vita; è solo reazione, non è azione. La coscienza cessa di essere reazione quando il soggetto *prende* coscienza. In questo caso la coscienza diviene attività, si trasforma in virtù e si chiama *consapevolezza*. Essere coscienti di qualcosa non è uguale ad esserne consapevoli, perché la coscienza si trasformi in consapevolezza come virtù serve una azione attiva, "*prendere*" coscienza, con tutto quello che ne consegue, significa trasformarla nella virtù della consapevolezza, solo così il nostro agito sarà anche responsabile, più siamo consapevoli più possiamo assumere responsabilità verso noi stessi, verso gli altri e le relazioni che intrecciamo..." (6). Essere coscienti di qualcosa non è quindi uguale ad esserne consapevoli, perché la coscienza si trasformi in consapevolezza e produca un vero cambiamento e una crescita come virtù, serve una azione attiva "*prendere*" coscienza, accettando responsabilmente tutto quello che ne consegue. Solo così le nostre intuizioni morali, che ci rendono immediatamente certi di cosa riteniamo sia giusto nonostante non sia stato confrontato con altri principi e valori in gioco, attraverso il ragionamento etico che, in questo caso sta alla base della consapevolezza, diventano verità argomentative ed etiche (7). Le nostre decisioni e il nostro agito saranno responsabili, più siamo consapevoli più possiamo assumere responsabilità verso noi stessi, verso gli altri e le relazioni che intrecciamo. Basta davvero poco: un incontro, uno sguardo, un sorriso, un tocco...e improvvisamente torna chiaro quello che realmente vale. In un recente articolo De Panfilis (8) analizza come l'etica della cura sottolinei non solo l'attenzione al contesto del paziente, ma anche una più ampia comprensione della malattia e un diverso concetto di autonomia... "la soluzione" a un problema morale non sta nel giudicare le azioni sulla base di principi morali, ma nell'intensificare le relazioni e nel potenziare il coinvolgimento empatico". del concetto di dignità del paziente, del ruolo della scelta, dell'importanza della verità, del concetto di qualità della

vita, del valore delle emozioni e della questione esistenziale, è parte integrante dell'approccio alle cure palliative. L'etica emerge come un aspetto di cura che riguarda non solo questioni esistenziali alla fine della vita, ma anche una serie di scelte durante l'intero percorso di cura del paziente. Queste scelte hanno a che fare con il comfort del paziente, la cura del corpo, le preferenze del paziente verso la somministrazione dei trattamenti (9). L'etica della cura rappresenta quindi un approccio attento al singolo individuo alla sua storia, alla sua concezione di vita e di salute, andando decisamente contro corrente rispetto alla società liquida e levigata descritta, rendendo "umana" la cura e restituendo dignità e autonomia alle persone all'interno di una relazione vera e onesta.

La relazione è tempo di cura. Così precisa il nuovo Codice Deontologico delle Professioni (10) Infermieristiche all'articolo 4-Relazione di cura. Ma a quale relazione da quale tempo facciamo riferimento, in particolare riguardo alla Legge 219, e soprattutto il tempo è dolore o bellezza? Se il tempo lo vediamo come Krónos nel suo inesorabile scorrere che divora minuti, ore, mesi, anni insomma la vita come nella mitologia greca divorava i suoi figli uno scorrere quindi doloroso, quel dolore che non ha un fine né un senso né una motivazione che possa fare da trampolino per il cambiamento la comprensione la crescita (cosa ho concluso nella mia vita? Non ho una bella macchina o una casa grande o le vacanze da sogno...) il tempo mi sfugge dalle mani, non basta mai, lo devo ricorrere perché mi provoca un dolore che non capisco e non so più come affrontare. Il momento della malattia o della morte, soprattutto quando non si è affrontato come argomento durante l'arco della vita, è un tempo di dolore e smarrimento, non si è mai abbastanza pronti ad affrontarlo

Ma...la mitologia ci consegna a perché la bellezza del tempo: nel testo "Aver cura di sé" Luigina Mortari (11) afferma che il tempo va riempito di significato per non lasciare che "semplicemente passi, senza che nessun filo di senso possa essere disegnato nello spazio seppur breve del proprio divenire", definendo così Kairós: il tempo giusto, opportuno, adatto, propizio e conveniente che determina la buona occasione per l'incontro con l'altro, la bellezza dell'incontro della conoscenza della relazione dello scambio che fa cambiare, comprendere crescere, che da senso anche al dolore o almeno gli dà la possibilità di essere vissuto, elaborato e sfruttato fino a renderlo eterno come Aion, il tempo che si ferma e si fissa nella memoria nostra e degli altri, richiamabile ogni volta che serve perché supera il dolore senza fine per trovargli la bellezza e l'essenza dell'essere, questo è il tempo propizio per le PCC. Affinché Kairós sia il tempo che viviamo è necessaria la motivazione ad affrontare e vivere il dolore, ad alleviare le sofferenze altrui, in una parola è necessario sperimentare la condizione umana della compassione, "chi prova compassione percepisce la forza di questa condivisione e della connessione con l'intero genere umano e subito sente sollievo. La compassione verso la persona

sofferente risulta strettamente legata alla motivazione di aiutarla; dunque, dal provare compassione per gli altri, può derivare un sentimento positivo di ricompensa intrinseca (12), attraverso la compassione il dolore prende una forma più naturale lasciando la possibilità di sperimentarne il significato, fermarlo e elaborarlo nella relazione, nell'incontro e nel tempo.

Essere infermiere e professionista della salute, in modo particolarmente intenso nel percorso di malattia e fine, vuol dire aver sperimentato che la massima espressione del dolore, che diventa bellezza dell'incontro, si esplicita nel gesto assistenziale e di cura, descritto non a caso ART. 24 - CURA NEL FINE VITA L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto. Sì, perché anche nella cura della vita che porta la morte, cui si associa il dolore umano della perdita legato allo scorrere inesorabile di Kronós, noi possiamo recuperare la bellezza del gesto ricco di intenzionalità, compassione, competenza, gentilezza e incontro fermando così con Kairós. Il dualismo dolore e bellezza è un costante incontro umano che ricerca l'equilibrio per accogliere il primo e esaltare la seconda, enfatizzando il gesto di cura estremo insito nella donazione di sé trasformando quell'attimo di massimo dolore in massima bellezza eterna come Aion. Riconoscere e conoscere le storie dietro i volti, i legami dietro le storie e le emozioni dietro i legami, diventa indispensabile perché Kairós renda propizio il dolore. In un mondo che fa dell'analisi statistica la spersonalizzazione dell'umano, ognuno di quei numeri che appare tanto sterile ha una intera vita connessa, vissuta con gioia e sofferenza, ognuno di quei numeri ha vissuto paure e speranze, felicità e dolore. Abbiamo incontrato molti di quei numeri, guardato e comunicato con molti di quei volti, incrociato altrettanti legami, storie e vite...è la nostra meravigliosa professione. Poi improvvisamente uno di quei numeri è un volto conosciuto, i suoi legami sono i tuoi legami, le vite a lui connesse e le emozioni si sono incrociate con le tue fino a non essere più distinguibili separatamente e le gioie e la sofferenza sono anche tue...un giorno improvvisamente ogni numero vive negli sguardi incrociati, nel tempo fissato dalle emozioni e dai ricordi. Ogni numero ha un volto...ed è il mio stesso volto.

La relazione e il tempo ad essa dedicata non posso prescindere dal fattore umano che caratterizza gli attori coinvolti, all'interno di essa le persone (professionisti o cittadini che siano) portano il loro bagaglio culturale, morale e valoriale, in un tempo che cura e si cura della bellezza dell'incontro si apre uno scenario legato alla libertà di esprimere e vivere quanto di proprio si porta. Nel suo testo del 2019 La cura con parole oneste Sandro Spinsanti afferma infatti che il rispetto della libertà degli agenti morali coinvolti è il nucleo

centrale di un'etica per la società post-moderna e pluralista, una definizione perfettamente in linea con lo scopo delle DAT e delle PCC, alla cui base risiedono proprio la sospensione del giudizio e l'accoglienza dei "desideri" di vita degli agenti morali.

Art. 3 - Rispetto E Non Discriminazione. L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare. Questo ideale di una convivenza pacifica, che rinuncia alla repressione, a meno che non sia giustificata come risposta a un atto di forza ingiusto, ha un prezzo: bisogna tollerare anche le possibili tragedie dei singoli, le persone che nella loro libertà, possono fare scelte che altri considereranno sconsiderate e nocive e la moltiplicazione di concezioni morali alternative, che spesso renderanno impossibile un'azione comune in molti campi (13). Nella pianificazione condivisa delle cure l'equipe di cura si deve fare carico di conoscere la persona e spesso la sua famiglia, al fine di affrontare la salute come "un progetto globale, capace anche di inquadrare i fallimenti terapeutici – compreso l'atto stesso con cui siamo chiamati a di necessità ad arrenderci alla morte – in un abbraccio che ha un solo nome: CURA". Una cura che ambisce a presentarsi non come una semplice riparazione ma come un progetto sartoriale e concepisce la salute come un progetto che mobilita tutta la vita, perché le decisioni di fine vita non possono essere a «taglia unica» non ce ne sono due uguali. La medicina deve affrontare il pluralismo etico di una società multietnica e multi-etica, ma ben di più: le buone decisioni etiche devono essere tagliate su misura delle diverse biografie (14). Come un sarto quindi l'equipe deve conoscere la persona i suoi desideri, le sue forme, le sue misure al fine di "cucire" il percorso che vesta perfettamente un'intera vita. La legge n.219 del 2017 sul Consenso Informato, le Disposizioni Anticipate di Trattamento e la Pianificazione Condivisa delle Cure ha fornito alle persone gli strumenti normativi ed etici per parlare di valori personali e pianificare le scelte di cura rispetto a trattamenti sanitari e aspetti assistenziali, ed ha fornito agli operatori della salute l'opportunità per conoscere le persone assistite e mettere in pratica l'etica della cura, durante la vita, il percorso di malattia e alla fine della vita.

Art. 17 - Rapporto Con La Persona Assistita Nel Percorso Di Cura. Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili. Questo articolo riporta l'attenzione sulle conoscenze dell'Altro, sulla necessità di ascoltare, dialogare, lasciare liberi di esprimere sentimenti, paure e desideri. Come Gilligan ci insegna, è necessario essere di-

sponibili con consapevole volontà, ad accompagnare le Persone che incontriamo a conoscersi approfonditamente per scegliere liberamente. Ancora una volta Spinsanti ci dona un passaggio realistico e utilissimo per comprendere l'Umano citando prima Sontag (1970) e poi Hitchens (2012). "La malattia è il lato oscuro della vita, una cittadinanza più onerosa. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e in quello dello star male. Preferiremmo tutti servirci soltanto del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un periodo, a riconoscersi cittadino di quell'altro paese". "Mi trovai deportato dal paese dei sani oltre il desolato confine della terra della malattia" (15). Come possiamo aiutare le Persone, e noi stessi, ad accogliere anche la cittadinanza nel regno dello star male e a non sentirci deportati nel paese sconosciuto della malattia? Ascolto, dialogo, accompagnamento, disponibilità, compassione, ragionamento etico, etica della cura... un mix di competenze che i professionisti che si occupano di salute e malattia dovrebbero avere come patrimonio personale e professionale.

Al fine di approfondire l'imprescindibile componente etica della cura e conoscere i valori che le persone mettono in campo ci è stato presentato il Go wish game (<http://www.3bi.info/carte-go-wish-game-versione-italiana/>) è "un gioco di carte" che ha l'obiettivo di stimolare la riflessione e la condivisione su questi temi. La versione italiana è stata prodotta da un gruppo di ricerca multidisciplinare, a partire dalla versione originale sviluppata nel 2005 dall'Associazione Coda Alliance. Si tratta di un mazzo di carte riportanti ciascuna un'azione o una situazione concreta che le persone potrebbero indicare come importante e identificare come priorità alla fine della vita. Un percorso che provato in prima persona ci ha permesso di conoscerci sperimentando le nostre intuizioni morali arrivando ad argomentarle attraverso il ragionamento etico e critico, un vero e proprio viaggio conoscitivo di sé e di sperimentazione del non giudizio della morale dell'altro.

Il percorso formativo all'interno di questo corso di Alta Formazione ci ha guidato ad affrontare la comunicazione consapevolmente, riconoscendole un valore etico imprescindibile nel rispetto dell'Altro, il percorso affrontato con il GO WISH ne ha rappresentato una conclusione ottimale e riassuntiva di un intero semestre.

Nella relazione che cura l'incontro con l'altro è il fuoco che ci alimenta, oltre il tempo, il dolore, la fatica ma sicuramente nella bellezza della conoscenza. Il dualismo dolore e bellezza è un costante incontro umano che ricerca l'equilibrio per accogliere il primo e esaltare la seconda. Attraverso un tempo consapevole e intenzionale. Essere infermiere, professionisti della salute, vuol dire aver sperimentato che la massima espressione del dolore che diventa bellezza (come

esperienza soggettiva) dell'incontro (Kairòs) si esplicita nel "gesto" assistenziale che cura, perché anche nella cura della vita che porta la morte, cui si associa il dolore umano della perdita, (Kronós) noi possiamo recuperare la "bellezza" del "gesto", della relazione e dell'incontro, ricchi di intenzionalità, compassione, competenza e gentilezza fermando così con Kairós l'attimo di massima bellezza eterno come Aion.

Bibliografia essenziale

1. Toronto J. C. (2013). Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura. Parma Edizioni Diabasis seconda ristampa
2. Faralli C. (2023). Appunti non riuniti del corso di alta formazione in Comunicazione in Sanità e Bioetica
3. Zullo S. (2023). Appunti non riuniti del corso di alta formazione in Comunicazione in Sanità e Bioetica
4. Bauman Z., Donskis L., (2019) Cecità morale. Milano, Laterza (pp. 20-22)
5. Byung-Chul Han (2015). *La salvezza del bello*. Milano: Edizioni Nottetempo
6. Maserà G. (2021). *Tracce di empatia. Per una consapevolezza, gentilezza e compassione*. Torino: Effatà Editrice
7. De Panfilis L. (2013). Appunti non riuniti del corso di Alta Formazione in Comunicazione in Sanità e Bioetica
8. De Panfilis L., Di Leo S., Peruselli C., Ghirotto L., Tanzi S. (2018) "I go into crisis when...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *MC Palliative Care* 18:70
9. Perin M., Tabzi S., Bortugno C., Craddock C., Menkin E. Peruselli C., De Panfilis L. (2018). Translation and Cultural Adaptation of the Go Wish Game: Thinking About Personal Values to Promote Advance Care Planning
10. FNOPI (2019) Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Roma
11. Mortari L. (2019). *Aver cura di sé*. Milano, Raffaello Cortina Editore
12. Zighetti M. (2016) Parte terza-la società compassionevole. In: Zighetti M. *Essere esseri umani*. Milano: Edizioni D'Este.
13. Spinsanti S. (2019). *La cura con parole oneste*. Milano, Il Pensiero Scientifico Editore
14. Spinsanti S. (2022). *La cura in modalità palliativa*. Milano, Ed Dapero
15. Spinsanti S. (2016) *La Medicina vestita di narrazione*. Milano, Il Pensiero Scientifico Editore

ENPAPI e Libera professione: sfide ed opportunità

Paolo Merlini

Infermiere, libero professionista, Consigliere Consiglio di Amministrazione ENPAPI

Quando mi è stato chiesto di scrivere un breve articolo riguardo ENPAPI e la libera professione, dal mio punto di vista di membro del Consiglio di Amministrazione dell'Ente, ho accettato con grande entusiasmo: non per commentare il mio incarico, ma come occasione utile per illustrare caratteristiche e funzioni del nostro Ente Previdenziale e le iniziative che l'attuale governance sta portando avanti nell'interesse dei contribuenti e dei liberi professionisti.

Prendendo spunto dal titolo di questo numero della rivista, inizio con il considerare che nonostante i notevoli passi avanti, la libera professione infermieristica di questo ultimo decennio non è riuscita pienamente a realizzarsi come valore aggiunto alla "bellezza" intrinseca della nostra professione. L'auspicato salto di qualità di quella che andrebbe considerata un'attività imprenditoriale a tutto tondo, viene meno di fronte ad un approccio ancora predominante che vede la libera professione solo come alternativa temporanea, in attesa del posto fisso. Questo limite ha origine già a livello universitario, in quanto non sono previste materie che possano creare una forma mentis adatta ad una attività di tipo libero professionale nei colleghi neolaureati.

In Enpapi, occupandoci di assicurare la tutela previdenziale obbligatoria degli Infermieri e degli Assistenti Sanitari che esercitano l'attività in regime libero professionale, osserviamo il fenomeno da vicino, notando ad esempio che i due principali picchi di iscrizione si collocano all'inizio della propria attività professionale e verso la fine. Entrando più nel dettaglio, l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, Fondazione di Diritto Privato nata nel marzo del 1998 con decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto con il Ministero del Tesoro, a seguito del decreto legislativo 10 febbraio 1996 n° 103, eroga prestazioni pensionistiche di vecchiaia, invalidità, inabilità, superstiti ed indennità di maternità, ai sensi del Decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151. Sono inoltre previsti interventi assistenziali a beneficio dei propri assicurati, quali l'intervento per stato di bisogno, l'indennità di malattia, il contributo per spese funebri, i trattamenti economici speciali, i contributi per l'avvio e l'esercizio dell'attività professionale, le borse di studio, gli interventi in caso di calamità naturali, il sussidio

agli asili nido, il sussidio per protesi terapeutiche, i contributi per l'acquisto di libri di testo, il sussidio ai portatori di handicap, i contributi per l'avvio dell'attività libero professionale.

L'Ente, che ha una sede unica, a Roma, in Via Alessandro Farnese, può essere contattato tramite un numero verde, attraverso le caselle di posta, oppure prenotando un incontro direttamente presso la sede. Sono presenti anche un sito internet istituzionale, una pagina Facebook e una pagina LinkedIn: insieme all'istituzione del call center a risposta diretta, queste iniziative sono volte ad instaurare nuove forme di contatto con gli iscritti, anche attraverso i social media, rispondendo così alle istanze dei contribuenti.

Negli anni passati, infatti, i colleghi liberi professionisti hanno spesso lamentato grande difficoltà nell'interagire con la governance politica e con la dirigenza dell'Ente. Fra questi colleghi in difficoltà c'ero anche io, Infermiere libero professionista che da anni si occupa di Medicina Complementare, assistenza domiciliare integrata e insegnamento. Per entrare nel merito della mia personale esperienza, però, è necessario fare un passo indietro: Nel marzo del 2019, con l'arresto dell'allora Presidente Schiavon e del Direttore Generale di Enpapi, l'Ente viene commissariato, con la nomina del Commissario Straordinario Eugenio D'Amico. È da quel momento che ha inizio la mia avventura in seno all'Ente, insieme alla compagine politica di "Enpapi Cambia Verso", con la partecipazione e la successiva vittoria alle elezioni del 2020 e con l'insediamento del nuovo Presidente Luigi Baldini. Nel mese di aprile di quest'anno, ci siamo ripresentati alle elezioni per il quadriennio 2024-2028, riconfermando il Presidente Baldini alla guida dell'Ente. Personalmente, ho ricoperto nella consiliatura 2020-2024 il ruolo di Coordinatore del Consiglio di Indirizzo Generale, mentre nel mandato attuale ricopro l'incarico di Consigliere nel CdA.

Dopo una partenza molto travagliata legata alla grave situazione finanziaria che da un punto di vista infrastrutturale, durante il primo mandato abbiamo "portato a casa" una serie di risultati importanti, culminati con l'approvazione dell'ultimo bilancio: l'avanzo di oltre 18 milioni di euro espresso nel consuntivo 2023 è il miglior risultato mai ottenuto

dall'Ente. Naturalmente oltre alla gestione patrimoniale, ci siamo impegnati in progetti atti a rendere l'Ente sempre più fruibile e vicino ai colleghi liberi professionisti, offrendo soluzioni che potessero migliorare la loro attività e l'accesso alle informazioni. Mi riferisco ad esempio al nuovo sito internet e più recentemente alla nuova area riservata, molto più easy e di rapida consultazione, con ogni informazione a portata di click. Oppure, alla serie di eventi "Enpapi Informa": incontri sul territorio in sinergia con gli OPI, durante i quali oltre alla formazione ECM legata alla attività libero professionale, era possibile avere a disposizione un dipendente dell'Ente per la verifica e la gestione delle singole posizioni contributive, iniziativa che ha avuto un grande successo.

Un'altra iniziativa accolta positivamente dagli iscritti è rappresentata dalla stipula gratuita di assicurazione professionale per tutti i colleghi in libera professione in regola con i versamenti: un servizio completamente a carico dell'Ente, attivato nel 2023 e già pianificato per gli anni a venire.

Sono in dirittura di arrivo altri progetti veramente ambiziosi e innovativi, come gli Enpapi Points provinciali: tramite apposite convenzioni con i Commercialisti che decideranno di aderire alla formazione specifica, una selezione di professionisti esperti nelle tematiche previdenziali e fiscali infermieristiche (ad oggi una vera utopia), insieme

ad uno o più colleghi delegati inseriti in ogni OPI, rappresenteranno un vero e proprio punto di riferimento per gli iscritti sul territorio.

Infine, un altro progetto forse ancora più innovativo, che ci vede al lavoro da oramai alcuni anni, riguarda la creazione di un vero e proprio "contratto" da applicare alla libera professione, al cui interno siano previsti dei parametri di giusto compenso e di gestione ben definiti.

Enpapi, in estrema sintesi, si sta muovendo in ogni ambito possibile per favorire ed incentivare quel salto di qualità di cui facevo cenno all'inizio; chiaramente sarebbe auspicabile che i vari decisori istituzionali riuscissero a fare quadrato, al fine di non disperdere energie e lavorare in sinergia per raggiungere migliori e più rapidi risultati.

Giova ricordare che tali risultati non sarebbero solo a vantaggio dei liberi professionisti, ma di tutta la categoria professionale, nonché del Sistema Sanitario Nazionale stesso, oberato dalle evidenti e crescenti difficoltà organizzative degli ultimi anni. Da parte nostra, alle iniziative intraprese e a quelle in fase di studio, si aggiunge la costante e massima disponibilità ad interlocuzioni a tutti i livelli, con l'auspicio che queste possano rappresentare la base di partenza di un comune e rinnovato impegno da parte di tutte le realtà istituzionali che hanno a cuore la professione infermieristica.

L'intent to stay nella professione infermieristica: c'è sempre un "bicchiere mezzo pieno"

Vivian Ciprian, *Coordinatore Infermieristico, U.O. Ortopedia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia*

Attilio Quaini, *Direzioni Professioni Sanitarie, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia*

L'attuale carenza di infermieri è un fenomeno globale e risulta nella necessità di trovare multiple soluzioni per garantire un adeguato numero di infermieri. Alcuni fattori sono stati identificati nel contribuire alla carenza, e sono principalmente attribuibili all'aumento delle richieste di assistenza sanitaria della popolazione ed ai cambiamenti nella professione infermieristica stessa, come ad esempio l'invecchiamento della forza lavoro, la riduzione dell'accesso ai programmi di formazione infermieristica, la qualità degli ambienti di lavoro e dell'immagine percepita del nursing; questa situazione peggiora quando infermieri qualificati decidono di cambiare posizione lavorativa o scelgono di abbandonare il settore sanitario. Eticamente, le strategie di reclutamento di infermieri da nazioni in via di sviluppo può a sua volta creare una carenza nei paesi da cui provengono; l'eccessiva fiducia in questi sistemi di reclutamento è rischiosa e deve bilanciarsi con approcci a lungo termine per attirare cittadini nella professione infermieristica. È importante notare, tuttavia, che affrontare una grave carenza di infermieri, potrebbe non sempre comportare un aumento del numero di laureati.

Sappiamo che gli infermieri lasciano la professione a causa di *staffing* inadeguati, condizioni lavorative negative e carenza di autonomia. Ci dobbiamo concentrare sulla riduzione dei tassi di *turnover* del personale attraverso migliori sforzi di fidelizzazione, come assunzioni selettive, iniziative per la salute dei dipendenti e riduzione dell'inefficienza associata all'assenteismo ed ai "lavoratori fantasma". La volontà dichiarata di lasciare un'organizzazione o una posizione lavorativa è un predittore di *turnover*. Capire perché gli infermieri scelgono di rimanere nelle loro posizioni, consentirà ai manager d'identificare strategie efficienti di ritenzione.

L'*Intention to stay* (ITS) si definisce come la "probabilità dichiarata che un individuo rimanga nell'organizzazione attuale"; riflette un'intenzione comportamentale consapevole e deliberata; mentre l'*Intention to Leave* (ITL) si definisce come "un piano previsto di un individuo per uscire dall'organizzazione in un momento futuro". Quindi, restare o lasciare appaiono come due estremità opposte in un *continuum*: quando aumenta l'ITS si riduce l'ITL e viceversa. Nonostante in letteratura siano ormai stati individuati e definiti alcuni dei fattori determinanti l'ITS nella professione, stiamo assistendo anche in Italia ad un continuo disinteresse da parte dei decisori politici: ad oggi non vengono propo-

ste politiche di miglioramento dei contesti lavorativi sanitari, anzi la situazione è sempre più piena di richieste. Gli infermieri italiani si lamentano dei bassi salari e delle scarse prospettive di carriera e d'autonomia; molti scelgono di trasferirsi all'estero, mentre le nuove generazioni sono meno inclini nell'intraprendere percorsi di studio in ambito infermieristico. I sistemi sanitari stanno affrontando una crisi nella professione infermieristica esacerbata dalla pandemia COVID-19: infatti negli ultimi anni se da un lato stiamo assistendo ad abbandono della professione infermieristica con numeri senza precedenti, dall'altro c'è stato un incremento dei *non-communicable disease* (NCDs – malattie croniche) che sono la attuale principale causa di morte e spesa sanitaria in Europa. L'invecchiamento della popolazione, il numero di persone affette da multipli NCDs richiede cure complesse. La carenza infermieristica ha un impatto potenzialmente devastante, perché minaccia la possibilità dei sistemi Sanitari di fornire cure efficaci e sicure.

Far rimanere gli infermieri nella loro professione, non è una "nuova sfida", infatti l'inadeguatezza delle condizioni lavorative pre-pandemiche è andata a sommarsi a nuove problematiche esacerbate dalla pandemia stessa e ciò ha portato ad un aumento del numero di infermieri che hanno lasciato o stanno pensando di lasciare la professione. L'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa definisce la *ritenzione* come uno sforzo organizzato per costruire un ambiente che motiva un dipendente a rimanere nel proprio lavoro applicando politiche e interventi appropriati, progettati per attrarre e reclutare operatori sanitari neo-laureati, senza lavoro, che lavorano in altre professioni o in pensione. In particolare, la ritenzione degli infermieri è definita come "mantenere gli infermieri nel loro lavoro" o "la misura in cui gli infermieri rimangono nel loro lavoro attuale". Le definizioni sulla ritenzione hanno affrontato altre dimensioni, come azioni per mantenere i dipendenti per un determinato periodo, il numero di dipendenti che sono rimasti (vs quelli che se ne sono andati) e la durata del rimanere (cioè l'occupazione in un'organizzazione). Per *turnover infermieristico* la definizione maggiormente utilizzata è "il processo per il quale il personale infermieristico esce o si trasferisce all'interno dell'organizzazione". La volontà dichiarata di lasciare un'organizzazione o una posizione lavorativa è un predittore di *turnover*. Ad oggi la conoscenza dei fattori determinanti l'ITS degli infermieri è ancora

limitata; capire perché gli infermieri scelgono di rimanere nella loro posizione ed identificare le sequenze causali di sviluppo delle intenzioni comportamentali, consentirà ai decisori d'identificare le strategie efficaci per aumentare i tassi di ritenzione di questi professionisti. L'identificazione di fattori specifici del concetto di *intent to stay* implica che altre forze causali portino a diversi esiti d'intenzione. Le dichiarazioni di "intenzioni comportamentali" come l'*intent to stay* o *to leave* sono gli indicatori più forti di ritenzione e *turnover* e rappresentano la maggiore varianza rispetto a qualsiasi altro predittore. L'ITS è un buon indicatore di *turnover* ed è una stima della volontà, non un comportamento osservato.

I fattori più importanti identificati che influenzano l'intenzione di un infermiere di rimanere o lasciare la professione, sono stati: la soddisfazione sul lavoro, la qualità della vita lavorativa tra gli infermieri, l'impegno organizzativo, l'ambiente di lavoro, lo stile di *leadership*, il bullismo, la motivazione professionale, il contesto familiare e la sicurezza.

L'Intent to stay o intenzione di rimanere, si riferisce alla volontà consapevole e deliberata del lavoratore di rimanere con l'organizzazione; la conoscenza dei fattori determinanti negli infermieri è ancora limitata. Sono stati sviluppati diversi modelli teorici dell'ITS con *outcome* inconsistenti: nello studiare l'ITS spesso i ricercatori si sono principalmente concentrati su quelle che sono le determinanti cognitive – *knowing* – delle determinanti delle intenzioni comportamentali piuttosto che su quelle affettive – *feeling* –.

La conoscenza della relazione tra le risposte emotive degli infermieri al lavoro e ai fattori ambientali di lavoro che li aiutano ad interiorizzare positivamente le loro relazioni ad oggi è limitata. *Intention to stay* ed *Intention to leave*, condividono alcuni fattori predisponenti o relazioni con effetti direzionali opposti. Fattori riconosciuti come specifici per l'ITS sono: la cultura, la giustizia retributiva, l'ambiente manageriale, influenza e potere della posizione del manager, lode e riconoscimento, il tenore – inteso come anzianità di servizio –, i legami con la comunità e la fiducia. Restare o lasciare, appaiono come due facce della stessa medaglia: quando aumenta l'intenzione di rimanere si riduce l'intenzione di lasciare e viceversa. Questo è vero per diversi fattori predisponenti dei due fattori, ma non per tutti. Le dichiarazioni di "intenzioni comportamentali" come L'ITS o l'ITL sono gli indicatori più forti di ritenzione e *turnover*, rappresentando la maggiore varianza rispetto a qualsiasi altro indicatore. *L'Intention to stay* è un buon indicatore di *turnover* ed è una stima della volontà, non un comportamento osservato.

In letteratura sono descritti 3 modelli concettuali di *Intent to stay*.

Boyle et al. nel 1999 svilupparono il *Conceptual model of Intent to Stay* ed individuarono quattro variabili predittive che spiegano l'ITS negli infermieri clinici: Le caratteri-

stiche manageriali: potere, influenza e stile di leadership. Le caratteristiche organizzative: giustizia, opportunità di promozione, controllo della pratica, caratteristiche della realtà lavorativa come staffing e carico di lavoro. Le caratteristiche degli infermieri: età, educazione, aspettative, anni di esperienza/lavoro, ospedale e professione, stato civile. Le caratteristiche lavorative: autonomia, strumenti di comunicazione, coesione del gruppo, routinizzazione. Le variabili che intervengono tra infermiere, manager ed organizzazione sono la soddisfazione lavorativa, i livelli di stress e l'impegno organizzativo. I risultati dello studio del modello proposto da Boyle e colleghi, attraverso il *causal modeling* e la regressione multipla, spiegavano il 52% della varianza dell'*intent to stay* tra gli infermieri di terapia intensiva.

Tourangeau e Cranley nel 2006 svilupparono il *Determinants of Nurse Intention to Remain Employed theoretical model* basato sul lavoro di Boyle et al. di cui sopra. Tourangeau e Cranley, nel loro modello proponevano che la soddisfazione sul lavoro, la capacità ed il supporto del manager, l'impegno organizzativo, il *burnout*, la coesione e la collaborazione del gruppo di lavoro e le caratteristiche personali degli infermieri siano predittori dell'ITS. I risultati del loro studio non hanno però supportato gli *outcomes* individuati precedentemente da Boyle et al., né tutte le relazioni ipotizzate. Tourangeau e Cranley nel testare il loro modello concettuale hanno utilizzato la regressione multipla, ma sebbene questa sia di natura predittiva, non ha potuto realmente testare le relazioni o fare dichiarazioni d'influenza o direzionalità di tale influenza.

Cowden e Cummings nel 2012 postularono il *Theoretical model of clinical nurses' intention to stay in their current position*. Questo è un modello teorico delle relazioni tra concetti affettivi e cognitivi che influenzano l'ITS e riflette le relazioni identificate in letteratura fra predittori dell'ITS degli infermieri di rimanere nella loro posizione: si basa sulla supposizione che l'ITS sia il diretto antecedente della intenzione degli infermieri nella loro posizione corrente, ed affonda le radici nei lavori di Boyle e Tourangeau e Cranley. Il modello di Cowden e Cummings è statisticamente verificabile, ed ha un fondamento teorico per la comprensione. I concetti vengono etichettati come *esogeni* o *endogeni* a seconda che la variabile sia influenzata da altre variabili presenti nel modello. Focalizzandosi sulle intenzioni degli infermieri clinici di rimanere nelle loro posizioni, va ad espandere i modelli precedenti, includendo risposte affettive e cognitive degli infermieri al lavoro, e gli effetti di queste risposte sull'ITS degli infermieri. Per catturare la *risposta affettiva* degli infermieri nei loro ambienti lavorativi, introduce elementi di: desiderio di rimanere, soddisfazione lavorativa, gioia al lavoro e disagio morale. Come *risposte cognitive* al lavoro, include: *empowerment*, impegno organizzativo, qualità delle cure e presenza di opportunità altrove.

Le *variabili endogene* sono influenzate da altre variabili nel

modello. Le *variabili esogene o background*, non sono influenzate da altre variabili. Nelle variabili endogene che si ipotizza possano influenzare l'ITS troviamo: la valutazione dell'infermiere delle pratiche di leadership, lo status lavorativo, la preferenza di posizione, la percezione di opportunità altrove e le opportunità interne di progressione di carriera, la percezione della presenza di abusi nonché le caratteristiche personali come l'età, gli anni di servizio ed il livello di formazione raggiunto. I concetti endogeni che si ipotizza spieghino l'ITS negli infermieri clinici sono: la loro percezione delle pratiche di condivisione del decision making, i livelli di supporto da parte dei supervisori, la capacità di esercitare in autonomia, il grado d'empowerment personale, l'adeguato tempo assistenziale, il livello di qualità delle cure erogate, l'adeguatezza dello staffing, il grado di coesione del gruppo lavorativo, l'esperienza di gioia al lavoro, la quantità di lodi e riconoscimento ricevuto, il livello di stress morale, la soddisfazione lavorativa, l'impegno organizzativo, il desiderio di rimanere nella posizione corrente.

In questo modello concettuale di Cowden e Cummings, l'ITS degli infermieri è influenzato da molte variabili e ciò riflette la complessità dell'*intent to stay* e l'ampio numero di relazioni ipotizzate fra i concetti esogeni ed endogeni. Il modello concettuale proposto da Cowden e Cummings individua, inoltre, concetti per valutare la percezione dell'ambiente lavorativo quali: *staffing* adeguato, *empowerment* e preferenze. La nuova variabile di *desiderio di rimanere* viene descritta come i sentimenti positivi che l'infermiere prova nel rimanere nella sua attuale posizione ed è un antecedente dell'*intenzione di rimanere*: le emozioni sono parte integrante della valutazione e della risposta degli individui agli ambienti di lavoro. I sentimenti positivi possono a loro volta contribuire allo sviluppo dell'*intenzione* degli infermieri di rimanere. L'introduzione del concetto di desiderio di rimanere ha aggiunto una nuova dimensione alla comprensione dello sviluppo delle intenzioni comportamentali e della ritenzione del personale infermieristico.

Motivazioni e intenzioni sono caratteristiche critiche nella ritenzione degli infermieri, che influiscono sulla decisione individuale di rimanere nell'organizzazione piuttosto che al suo abbandono. Il livello individuale di motivazione è un importante fattore che può essere utilizzato come predittore dell'*intent to stay* dell'infermiere. La motivazione include gli elementi di competenza, auto determinazione, interesse, eccitazione ed elevati livelli di coinvolgimento nei compiti; questi possono essere influenzati da forze intrinseche ed estrinseche sul posto di lavoro. Un aumento della motivazione può portare miglioramento nella performance lavorativa e della soddisfazione, che contribuisce ad una migliore ritenzione. L'intenzione comportamentale ha un'associazione significativa con il *turnover* e la ritenzione, mentre l'intenzione di rimanere ha una relazione più sostanziale con la ritenzione effettiva. La

possibilità di rimanere occupati in un'organizzazione può essere assicurata quando gli infermieri indicano che hanno *intent to stay*. Gli infermieri che lasciano il lavoro o la professione, non lo fanno all'improvviso, la volontà di lasciare il lavoro emerge dalla pratica quotidiana ed è il risultato finale di un processo di presa di decisioni. Diversi studi hanno mostrato un'associazione fra l'ambiente lavorativo ed il *turnover* degli infermieri; gli infermieri che manifestano *intent to stay* percepiscono il loro ambiente lavorativo migliore rispetto a quello degli infermieri che manifestano *intent to leave*. Il conflitto di genere è un ulteriore fattore risultato avere una correlazione con l'ITS degli infermieri di sesso maschile, questo è uno stato psicologico in cui il ruolo di genere ha un impatto negativo sulle persone. L'inclusione delle donne nel mondo lavorativo e degli uomini in alcune professioni tradizionalmente a predominanza femminile, ha inevitabilmente portato a conflitti di genere. L'intenzione di rimanere è un'attitudine ed un comportamento che non è ancora avvenuto ed è un forte antecedente cognitivo, statisticamente diretto, della ritenzione.

Nella revisione sistematica di Al Yahyaei et al. del 2022 emerge una significativa associazione tra ambiente lavorativo e l'ITS degli infermieri, ma viene anche rivelato che i fattori individuali e demografici richiedono di essere presi in considerazione quando si pianificano interventi strategici volti al miglioramento dell'ambiente di lavoro per migliorare l'ITS: andrebbero pianificati interventi specifici per età poiché le aspettative individuali sembrano dipendere dalla generazione di appartenenza. Gli infermieri più anziani vedono aumentare l'ITS attraverso l'equità delle pratiche, le ragioni finanziarie, orari di lavoro flessibili e la possibilità di uno sviluppo professionale continuo per aiutarli a tenere il passo con un sistema in rapida evoluzione. Le differenze tra le generazioni di infermieri in termini di *intent to stay* erano legate alla diversità di atteggiamento e valori tra le diverse generazioni nella forza lavoro infermieristica.

La soddisfazione lavorativa influenza l'*intent to stay*, ma anche gli atteggiamenti personali nei confronti delle loro organizzazioni (impegno organizzativo) sono molto importanti nel decidere di rimanere nell'organizzazione: in letteratura è stato osservato un'ITS maggiore tra gli infermieri più anziani, sposati, con una maggiore esperienza lavorativa, alti livelli di soddisfazione lavorativa, che dimostrano impegno organizzativo, con competenze certificate e riconosciute, con un contratto di lavoro full-time e che avevano personalmente scelto di lavorare nella loro attuale organizzazione.

In letteratura sono stati studiati i diversi stili di leadership che possano aumentare la stabilità del gruppo ed incrementare l'*intent to stay* degli infermieri. Cowden et al. nella loro revisione del 2011 confermano una relazione positiva fra la leadership trasformazionale, ambienti di

lavoro supportivi ed *intent to stay*. Tuttavia, la revisione di Al Yahyaei et al. del 2022 evidenzia che non sia esclusivamente uno specifico stile di leadership a favorire l'ITS, ma piuttosto che questo sia favorevolmente influenzato da una combinazione di manager e supervisori supportivi, così come la possibilità di lavorare in contesti in cui i processi amministrativi ed il personale coinvolto siano efficaci. L'importanza di managers che consentano agli staff di migliorare e responsabilizzarsi, come visto anche in alcune quotations delle interviste, è sottolineata anche in letteratura in cui emerge un'associazione positiva tra *empowerment*, impegno organizzativo e desiderio di rimanere nella professione infermieristica. L'*empowerment* può essere raggiunto fornendo agli infermieri le opportunità di sviluppo personale e professionale; ciò può essere implementato attuando percorsi di *mentoring*, ampliando e rendendo disponibili i percorsi di formazione e le offerte formative, fornendo supporto agli staff promuovendo ambienti lavorativi favorevoli; da ciò deriverà un aumento dell'*intent to stay*.

Le evidenze disponibili, indicano che l'attenzione alle variabili quali le caratteristiche dell'organizzazione e dell'ambiente lavorativo, siano vitali per migliorare l'ambiente lavorativo e l'aumento dell'*intent to stay*. Le caratteristiche individuali, non sono facilmente modificabili, ma la loro interazione con i contesti lavorativi non può essere ignorata. Gli elementi cruciali per incoraggiare lo sviluppo di *intent to stay* negli infermieri sono quindi un ambiente lavorativo con adeguate pratiche di leadership, una cultura dell'*empowerment*, le possibilità di sviluppo professionale ed un clima organizzativo supportivo.

Nel lavoro di Brady e Kuiper del 2023, in riferimento al programma dell'*European Health Union (EHU)*, nelle proposte per attrarre e ritenere i professionisti sanitari indica oltre al miglioramento delle condizioni lavorative, interventi politici misti che comprendano incentivi finanziari come gli aumenti stipendiali accompagnati da misure volte ad investire sulle competenze, la flessibilità e l'accesso alla formazione. Per affrontare veramente il problema della carenza di infermieri è necessario quindi, un approccio coordinato tra i ministeri dell'istruzione e dell'occupazione per garantire la soddisfazione delle esigenze dei sistemi sanitari e della popolazione, evitando una mancata corrispondenza tra le strategie formative e di occupazione e le esigenze dei servizi sanitari. Il beneficio di ulteriori investimenti, come la disponibilità di posti letto in ospedale, può verificarsi solo con livelli di personale adeguato; è necessario quindi porre attenzione alle condizioni lavorative ed alla retribuzione per aumentare l'attrattività della professione infermieristica.

Bibliografia essenziale

- Al Yahyaei A, Hewison A, Efstathiou N, Carrick-Sen D. Nurses' intention to stay in the work environment in acute healthcare: a systematic review. *J Res Nurs*. 2022;27(4):374-97
- Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. 1999;8(6):361-71.
- Brady D, Kuiper E. Addressing the challenges of the healthcare workforce: Ensuring the future of health in Europe. 2023
- Cho S, Johanson MM, Guchait P. Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. *Int J Hosp Manag*. 2009;28:374-81.
- Cowden TL, Cummings GG. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. *J Adv Nurs*. 2012;68(7):1646-57.
- Cowden TL, Cummings GG. Testing a theoretical model of clinical nurses' intent to stay. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(2):169-81.
- De Gieter S, Hofmans J, Pepermans R. Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: an individual differences analysis. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(12):1562-9.
- Dotson MJ, Dave DS, Cazier JA, Spaulding TJ. An empirical analysis of nurse retention: what keeps RNs in nursing? *J Nurs Adm*. 2014;44(2):111-6.
- Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ, Porell FW. Employer retention strategies and their effect on nurses' job satisfaction and intent to stay. *Home Health Care Serv Q*. 2007;26(1):43-58.
- Ellenbecker CH. A theoretical model of job retention for home health care nurses. *J Adv Nurs*. 2004;47(3):303-10.
- Kovner CT, Brewer CS, Greene W, Fairchild S. Understanding new registered nurses' intent to stay at their jobs. *Nurs Econ*. 2009;27(2):81-98.
- O'Brien-Pallas L, Duffield C, Hayes L. Do we really understand how to retain nurses? *J Nurs Manag*. 2006;14(4):262-70.
- Tallman R, Bruning NS. Hospital Nurses' Intentions to Remain: Exploring a Northern Context. *Health Care Manag*. 2005;24(1):32.

La bellezza dell'infermieristica, perchè ne vale la pena

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

Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS, Cesano Boscone (MI)

Per celebrare la Giornata internazionale dell'Infermiere, il 12 maggio 2024, il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Statale di Milano della sede di Cesano Boscone ha organizzato il concorso fotografico "Obiettivo Infermiere" aperto a tutti gli infermieri che lavorano presso Fondazione Sacra Famiglia.

Le fotografie hanno avuto l'intento di rafforzare il significato profondo dell'attenzione verso tutto ciò che circonda l'infermieristica con l'obiettivo di raccogliere alcune testimonianze di chi svolge questa importante professione tutti i giorni e, attraverso uno scatto, ha potuto racchiudere momenti autentici della cura e del prendersi cura. Tutte le foto sono poi state sottoposte al giudizio degli studenti del Corso di Laurea che hanno decretato vincitrice la foto che meglio rappresentava il senso profondo della nostra professione.

Ma perché proprio il 12 maggio? La scelta di questa data ha radici storiche profonde: il 12 maggio del 1820 nacque Florence Nightingale, una figura iconica nell'ambito dell'infermieristica. Il suo impegno e la sua dedizione hanno rivoluzionato il modo in cui la professione è stata concepita e praticata, ponendo le basi per il riconoscimento dell'importanza degli infermieri in tutto il mondo.

La foto vincitrice, dal titolo "One Day", scattata da una collega della sede di Inzago, racconta una storia unica: a seguito di un prelievo ematico effettuato in ambulatorio, è comparsa una macchia di sangue su un batuffolo di ovatta, e questa macchia straordinaria aveva la forma di cuore. Questo episodio è stato particolarmente significativo per la nostra collega, in quanto da poco aveva perso la madre e quel simbolo le ha fatto percepire, anche solo per un attimo, che la madre fosse lì con lei in quel momento. Un piccolo miracolo quotidiano che rappresenta l'amore e la dedizione nel lavoro svolto dai nostri infermieri.

Il secondo premio è stato assegnato a una collega infermiera della Casa di Cura Ambrosiana. La sua foto è un potente simbolo dei tempi del COVID-19: l'immagine rappresenta la mano dell'operatore, giovane e protetta dal guanto, che stringe la mano di un ospite, anziano e fragile. È importante riconoscere che ogni persona ricoverata porta con sé il suo bagaglio di aspettative, il suo vissuto, le sue paure e le sue speranze. Una testimonianza visiva del coraggio e della passione che guidano ogni giorno i nostri infermieri.

Il terzo premio è stato assegnato a una collega infermiera della sede di Settimo Milanese. La foto celebra il progetto "Special Bike", un'iniziativa per la mobilità inclusiva che permette a tutti gli ospiti delle nostre residenze di godersi una passeggiata in bicicletta. Un'immagine di gioia e inclusione che illumina l'impegno quotidiano di tutti i nostri colleghi.

Tutte le foto vincitrici sono state premiate con opere realizzate a mano dai nostri ospiti dei laboratori abilitativi "Arteticamente", e in particolare per il primo premio abbiamo scelto un'opera in legno dal titolo: "Siamo come alberi in un bosco". Questo lavoro rappresenta simbolicamente come le nostre radici ricevano nutrimento da tutte le persone con cui entriamo in contatto e, per i nostri ospiti della residenzialità, oltre alla famiglia, rivestono un ruolo fondamentale gli educatori, gli Operatori ASA e OSS, gli infermieri e tutti coloro che lavorano in Fondazione Sacra Famiglia. Ognuno di noi cresce in un bosco in compagnia di esseri simili ma ognuno è unico: questa diversità è la vera ricchezza del bosco e l'infermiere è custode e interprete di questa straordinaria variabilità.

Facciamo davvero il lavoro più bello del mondo...

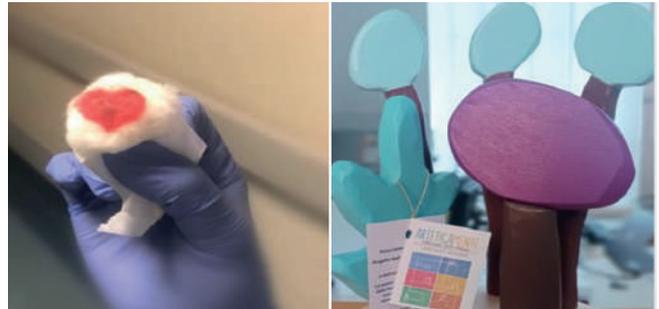


Foto 1: primo premio "One Day"

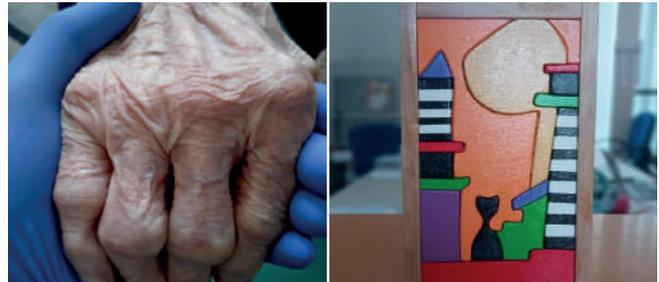


Foto 2: secondo premio "il tocco"



Foto 3: terzo premio Special Bike

NON C'È PIÙ TEMPO

Un invito all'azione, un richiamo all'impegno perchè il futuro dipende dalle azioni intraprese oggi

Ruggero Rizzini, Infermiere, U.O. Malattie Infettive IRCCS San Matteo Pavia
Presidente e Volontario AINS ODV (Associazione Italiana Nursing Sociale)

Quando mi è stato chiesto di parlare della bellezza della professione infermieristica con un contributo scritto per la rivista Nursing Foresight ho avuto un attimo di difficoltà. "A chi mi rivolgo?" ho pensato. "Agli Infermieri? Agli studenti di scienze infermieristiche? Ai cittadini?". Dopo averci pensato e ripensato ho deciso di raccontare ciò che ho vissuto e sto vivendo come Infermiere ma soprattutto come cittadino cercando anche di pensare a qualche riflessione per migliorare ancora di più la bellezza dell'infermieristica che faccio da 34 anni. Bellezza che va raccontata, nella nostra professione ce n'è tanta, ma soprattutto ricercata e costruita, giorno dopo giorno.

Il nostro è un lavoro impegnativo, non scopro nulla! Io lo faccio da 34 anni e non farei altro perché mi piace, mi gratifica, mi soddisfa e mi ha permesso di aprire la mente, viaggiare, ed essere curioso ponendomi domande. Certe volte non mi piace come lo faccio ma questo è un altro discorso e non ho più voglia a 57 anni di piangermi addosso, di arrabbiarmi (spesso lo faccio ancora) e ascoltare le lamentele di chi gode nel lamentarsi perché qualche volta se non spesso, siamo campioni del lamento non volendo trovare soluzioni. Da anni cerco di passare dalla protesta alla proposta e, come dice Dante Carraro, Presidente dell'Ong Medici con l'Africa Cuamm: "Ciò che fa la differenza è passare dal lamento al rammendo."

Il principe Miškin nell'Idiota di Dostoevskij afferma: "La bellezza salverà il mondo". Non lo so se è così vista l'incertezza che ci circonda e di cui spesso siamo responsabili, però la bellezza, ne sono certo, aiuta e bellezza è avere coscienza di quello che si fa, amare il proprio lavoro, cercare di farlo bene, ricordarsi sempre che nelle nostre mani c'è la vita di qualcun altro e che noi abbiamo il potere, nel bene e nel male di cambiare una situazione. E contributo alla bellezza, cerco di ricordarmelo sempre, è anche raccontare chi siamo, perché e cosa facciamo.

Bellezza è anche non dare mai per scontato ciò che facciamo, non pensare che il dolore dell'altro, come cantava De Andrè in Disamistade, è un dolore a metà. Non dimenticare mai che ogni nostra azione può avere conseguenze positive o negative. Ecco perché la nostra professione è un Bene che dovrebbe diventare Patrimonio Comune, che dovrebbe essere raccontata nelle scuole, dalle elementari e via via fino all'università raccontando e confrontandoci sulla cura, sul prendersi cura, sui gesti di cura, sulla bellezza del dono e dell'aiutare l'altro, qualunque esso sia.

E ancora, permettetemi: "Se si insegnasse la bellezza alla gente, la si fornirebbe di un'arma contro la rassegnazione, la paura

e l'omertà. All'esistenza di orrendi palazzi sorti all'improvviso, con tutto il loro squallore, da operazioni speculative, ci si abitua con pronta facilità, si mettono le tendine alle finestre, le piante sul davanzale, e presto ci si dimentica di come erano quei luoghi prima, ed ogni cosa, per il solo fatto che è così, pare dover essere così da sempre e per sempre. È per questo che bisognerebbe educare la gente alla bellezza: perché in uomini e donne non si insinui più l'abitudine e la rassegnazione ma rimangano sempre vivi la curiosità e lo stupore".

Questa citazione sulla forza e l'importanza della bellezza è di Peppino Impastato, un grande uomo ucciso dalla mafia. C'è tanta verità in queste parole e facciamone tesoro per cercare di creare quotidianamente, anche solo nel nostro piccolo, con le nostre umili forze, un mondo migliore, una professione migliore.

Premesso questo vi racconto un paio di storie che ci sono capitate per cercare di riflettere sulla nostra professione e la sua bellezza che può portare, se ne abbiamo coscienza, al cambiamento e al miglioramento del quotidiano nostro e dell'altro, qualunque esso sia.

Qualche tempo fa andammo a parlare di un progetto ad un Sindaco di un piccolo paese della nostra provincia. Progetto che al suo interno prevedeva la presenza di un'infermiera che, più ore alla settimana, si sarebbe occupata di realizzare azioni educative e preventive rivolte alla cittadinanza. Ciò che ci lasciò perplesso, nella chiacchierata con il politico, non fu quando ci disse che non poteva darci garanzie di realizzazione, nonostante il progetto gli piacesse molto ritenendolo utile, perché non avevano soldi da investire, perché, solite cose sentite e risentite, i soldi erano vincolati, già stanziati, era colpa di tizio e di caio, bla, bla, bla. Non fu questo! Rimanemmo basiti quando ci fece questa contro proposta: "Soldi non ne abbiamo però abbiamo un infermiere in pensione che potrebbe fare quello che ci chiedete. Perché non coinvolgerlo?". Tentammo di spiegargli che il lavoro e l'impegno vanno riconosciuti economicamente, che l'Infermiere è un professionista e che il volontariato è un'altra cosa! Conclusione? Ci salutammo, il progetto non si fece e la non conoscenza continuò a far parte del quotidiano delle persone amministrate da quel Sindaco con non poche responsabilità, secondo noi. Probabilmente, in quell'incontro, non riuscimmo a far capire l'importanza, l'utilità e la bellezza della nostra professione. Noi con i progetti ci lavoriamo da parecchi anni e non crediamo più che sia solamente una questione di soldi. Le amministrazioni comunali i soldi li hanno è che occorre convincerli ad investirli per progetti per i cittadini.

Farlo capire è la chiave di svolta e noi infermieri abbiamo la lungimiranza per arrivare a questa svolta. Noi sappiamo, ne sono certo, guardare il futuro. Dobbiamo solo saperlo comunicare.

Scena più o meno simile alla precedente: Non ricordo se due o tre anni fa chiedemmo appuntamento ad un assessore di una città importante della nostra provincia per raccontare il progetto dell'infermiere Scolastico e cercare di capire se si riusciva ad avere un finanziamento per poterlo replicare, visto che lo stavamo realizzando già da due anni, in una scuola di paese per poi, se le condizioni c'erano, replicarlo in altre e magari, sognando un po', realizzarlo in tutti gli Istituti Scolastici della città. Gentilissimo l'assessore, ci ascoltò, ci diede buoni consigli e rifiutò la nostra proposta motivandola in questo modo: "O lo facciamo in tutte le scuole o non se ne fa nulla perché se lo finanzia in una sola so già che sarei criticato. Inutili anche con questo politico i nostri tentativi di fargli capire che si poteva partire con un progetto pilota per valutare sul campo se utile. Dopo di che, con a disposizione i risultati raggiunti, positivi o negativi, eventualmente proporlo in altre scuole oppure concludere che non era un progetto utile per la comunità scolastica. Anche in questo caso serviva: comunicazione, raccolta dati, numeri che raccontano, lungimiranza infermieristica.

Potrei continuare raccontando ancora qualche incontro fatto in 25 anni di attività associativa ma mi fermo per non annoiarvi. Va detto che non tutti i politici sono chiusi mentalmente. Ce ne sono, fortunatamente tanti che accettano le sfide.

Ho l'impressione che questi due dinieghi, però, siano frutto di mancanza di conoscenza di una professione importante e utile per la gente, per le persone di tutte le età. Su questa bellezza dobbiamo intervenire, noi infermieri, impegnandoci sul territorio con la gente che lo vive e lo abita.

Il cammino è fatto di incontri. Paolo Milone è uno psichiatra che racconta il suo lavoro scrivendo libri. Leggerlo mi ha permesso di capire come vivono la loro professione i nostri colleghi e come ci raccontano, cosa pensano di noi. Milone scrive pagine dove mi sono riconosciuto e racconti dove ringrazia gli Infermieri che hanno lavorato con lui. Dovremmo forse iniziare a smettere di soffrire di complessi di inferiorità. La maggior parte dei professionisti sanitari non Infermieri non hanno nessuna voglia di farci la guerra come spesso siamo convinti che sia. È solo che forse noi non riusciamo a raccontarci come dovremmo e la narrazione ne risente.

Massimiliano Barioglio è invece un ragazzo schizofrenico. Lui lo sa e lo dice! Lo abbiamo invitato a presentare il suo libro e a raccontarsi all'interno della rassegna "Costruire salute con la comunità", dove facciamo incontrare scrittori, infermieri e persone per dialogare su alcuni temi sociali e sanitari che prima o poi tutti noi, invecchiando, incontriamo nella nostra vita: malattia mentale, Alzheimer, Parkinson, Demenza, tumori, depressione, alcolismo e altro ancora. Ricordo di aver fatto a Massimiliano questa domanda dopo

averlo ascoltato raccontare il suo quotidiano dentro e fuori gli ospedali psichiatrici: "Che cosa vuoi dire agli Infermieri?". "Di essere gentili con noi malati" mi ha risposto. Noi abbiamo un potere enorme che è quello di far star bene le persone. Quando qualcuno ci dice di essere gentili significa che si aspetta questo da noi sapendo benissimo che possiamo darglielo. Pensiamoci e iniziamo a raccontare cosa veramente siamo e facciamo anche da questo punto di vista. Il mio non vuole essere buonismo perché so benissimo, da turnista in ospedale, che non tutti i giorni sono uguali, che è difficile entrare in servizio e lasciare le problematiche fuori dal reparto, che le persone quando sono ammalate sono pesanti da sopportare, impegnative, arrabbiate però invecchiando certe cose le vedo in maniera differente di quando ero giovane e soprattutto mi immagino spesso in quel letto al posto di quella persona che non sopporto pensando a quello che mi ha detto Massimiliano: "Siate gentili con noi malati!".

Bellezza è anche consapevolezza. Lo dico soprattutto a me stesso. Dal 2000, l'anno prossimo saranno 25 anni, sono parte di un'associazione ente del terzo settore e da parecchi anni ci siamo dati come obiettivo quello di far conoscere chi siamo, cosa facciamo ma soprattutto cosa possiamo fare come Infermieri e cittadini andando in mezzo alla gente, incontrandola. Vi posso garantire che non è vero che la gente non sa chi siamo. Lo sa benissimo cosa facciamo, quanto impegno ci mettiamo e quante risposte diamo ai loro problemi, alle loro domande, ai loro bisogni. E solo andando ad incontrare la gente, parlando con loro, ascoltandola, facendo partire progetti si acquista la loro considerazione, il loro rispetto, la loro stima. Ecco la bellezza della nostra professione. Se capiamo questo, prima di tutto noi, allora si che volteremo pagina facendo diventare ancora più bella una delle professioni più belle che esista. La bellezza va raccontata, nella nostra professione ce ne tanta, ma soprattutto va ricercata.

E poi la bellezza va coltivata e costruita insieme, tutti, anche con quelli che non ci credono a quello che fanno, sono delusi, demotivati. Colleghi che vanno recuperati, non lasciati soli a rimuginare su cosa è stato e cosa sarà. Di loro dobbiamo farci carico integrandoli, incoraggiandoli, coinvolgendoli. Anche arrivando al punto di consigliare di cambiare lavoro. La bellezza deve diventare parte importante della loro professione. La bellezza di ciò che facciamo è la semplicità della profondità del nostro quotidiano.

Ma bellezza è anche qualità delle cure. Garantire una qualità assistenziale fa di noi, infermieri, persone fidate, rispettate, cercate perché ai cittadini interessa che qualità viene erogata. E poi bellezza è far sapere al cittadino che quando ha bisogno di un Infermiere sa di avere davanti una persona preparata, che ha una visione a lungo termine e per questo motivo studia, si aggiorna, si confronta.

Quando mi chiedono cos'è la professione infermieristica, la racconto parlando di queste bellezze.

“Conoscenza e competenza: fondamenti della professione infermieristica. Oltre il concetto di missione”

Pierangela Pompini, Azienda Unità Sanitaria locale di Piacenza

Sono un'infermiera e mai avrei immaginato che il mio percorso professionale sarebbe stato così intimamente intrecciato con la mia vita personale.

Tanti anni fa ricevetti una notizia che avrebbe cambiato per sempre l'approccio al mio lavoro: mi comunicarono dopo una serie di accertamenti che mio padre aveva il morbo di Parkinson.

All'inizio, i sintomi erano quasi impercettibili, piccoli tremori che non sembravano intaccare la sua vita quotidiana. Ma, col passare del tempo, la malattia iniziò a mostrare il suo volto più crudele. Negli ultimi anni della sua vita, il Parkinson si trasformò in una lotta incessante, aggravata dalla demenza a corpi di Lewy e dall'allettamento.

Guardare mio padre, un uomo che avevo sempre visto come forte e invincibile, anche per il suo fisico alto e staturario, 1.88cm 90 kg d'uomo, spalle robuste, molto forte fisicamente per il lavoro che aveva sempre fatto fin dall'età di 14 anni. Il passare del tempo lo fece diventare sempre più fragile e fu per me straziante non riuscire quasi più a riconoscerlo.

Come infermiera, avevo le competenze e le conoscenze per capire ciò che stava accadendo, ma come figlia, il dolore era insopportabile.

Tuttavia, questa esperienza mi ha insegnato qualcosa di inestimabile: il valore della dignità umana.

Un giorno mio padre mi disse: *“Ho bisogno di significare ancora”*.

Ogni giorno, mi impegnavo a garantire che mio padre, nonostante le sue condizioni, potesse continuare a sentirsi significativo. Volevo che le persone come lui, affette da malattie invalidanti, potessero ancora trovare un sen-

so nella loro esistenza. Questo desiderio mi guidava e mi guida ancora nel mio lavoro quotidiano come infermiera. Quando ero con mio padre, non ero solo una figlia, ma anche una professionista dedicata. Mi assicuravo che ricevesse le cure migliori, che fosse trattato con rispetto e che la sua dignità fosse sempre preservata. Anche nei momenti più difficili, trovavo il modo per farlo sentire amato e apprezzato. Le conversazioni, i piccoli gesti di cura, il semplice stare insieme, tutto questo contribuiva a mantenere vivo il suo spirito. Questa esperienza personale ha influenzato profondamente il mio approccio professionale con i miei pazienti. Mi sono resa conto che ogni paziente, indipendentemente dalla gravità della sua condizione, merita di essere trattato con compassione e rispetto.

Ho imparato a vedere oltre la malattia, a riconoscere la persona dietro i sintomi e a valorizzare ogni momento di umanità ma, non ho mai pensato che questa professione fosse una vocazione ho sempre avuto la convinzione che la conoscenza, le competenze cliniche e tecniche dell'infermiere facciano la differenza nella vita dei pazienti.

La mia esperienza personale ha rafforzato questa mia convinzione, perché è stata la conoscenza che mi ha permesso di comprendere e gestire la condizione di mio padre. Non era solo un lavoro di cuore, ma di ragionamento basato sullo studio, su una preparazione rigorosa senza mai idealizzare la mia professione, mettevo in pratica anni di studio e formazione. La bellezza dell'infermieristica è dunque a mio avviso, un viaggio complesso, non è una vocazione mistica ma un lavoro sapientemente costruito su solide basi di conoscenza e impegno professionale: *“se sai da dove provieni sai dove andare... Se comprendi ciò che potrà accadere attraverso il sapere saprai essere più empatico, vedrai il paziente ma riuscirai a capire che è una persona.”*

Riscoprire la Bellezza delle Teorie del Nursing: una nuova consapevolezza professionale

Susanna Maggione, Infermiera, formatrice, scrittrice, naturopata

“Fai attenzione alle piccole cose, perché un giorno ti volterai e capirai che erano grandi” (J. Morrison)

Quando iniziai a studiare seriamente “Teoria del Nursing” mi resi conto che Morrison, a suo tempo, aveva ragione. Scrisi un libro a riguardo, lo pubblicai, e continuai ad informarmi.

Se penso alla bellezza della nostra professione e a ciò che mi ha donato in questi quindici anni di attività non posso non citarvi, in primis, “la filosofia infermieristica”, ossia i metaparadigmi creati nell’ambito epistemologico della “Teoria del Nursing”. L’obiettivo di tale disciplina è considerare l’uomo nella sua natura sistemica e multidimensionale, infatti, col termine “nursing”, si intende individuare un pool di concetti teorici e pratici basati sull’assistenza infermieristica di tipo integrato.

Basti pensare che, a partire dal XIX secolo, molte teoriche del nursing si sono dedicate allo studio e alla creazione di Teorie specifiche, per definire dei meta-paradigmi peculiari al fine di definire l’agire professionale, basato sulla considerazione dell’essere umano e dei suoi bisogni in senso globale, olistico e transpersonale.

Il nursing valuta come focus centrale della sfera professionale non tanto il “fenomeno patologia”, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale, ossia quelle che influiscono sul vivere quotidiano e sull’autonomia della persona malata che viene presa in considerazione nella sua “globalità”, secondo una prospettiva olistica e neuro-cognitiva. Questo è un fatto unico nell’ambito sanitario.

Uno degli aspetti più interessanti dello sviluppo dell’infermieristica è rappresentato dal nascere di differenti elaborazioni teoriche che, a partire dalla metà del ventesimo secolo, si sono tradotte in paradigmi,

intesi come modalità analogiche in cui lo spazio dell’altro si “dis-vela” per poter entrare in sintonia col paziente, considerato nella sua “relazione col curante”. Ecco che il “meta-paradigma” diventa la cornice filosofica del sapere, saper essere e saper fare professionale.

Il meta-paradigma, che, etimologicamente, significa “oltre il modello”, raggruppa al suo interno tutto ciò che è pertinente all’infermieristica. Esso è formato da quattro elementi fondamentali: uomo/assistito; salute/malattia; ambiente/contesto sociale; assistenza infermieristica;

Tale considerazione filosofica rappresenta un interesse per la globalità dell’essere umano e dei suoi bisogni, valutando il modo in cui la singola persona vive la salute e la malattia. Basti pensare che, tra il 1943 ed il 1954, lo psicologo statunitense Maslow, concepì il concetto di “Hierarchy of Needs”, ossia una gerarchia di bisogni e necessità che trovano riscontro pragmatico ma anche sistematico nelle Teorie del Nursing. Le diverse teorie, poi, si distinguono per le differenti definizioni che assumono nei contesti bio-psico-sociali.

Credo che la nostra professionalità sia, in realtà, sempre più necessaria e prioritaria nella società. Sta all’uomo maturare la consapevolezza del ruolo infermieristico in ambito sanitario, comprendendo l’importanza di una figura unica, olistica, consapevole ma purtroppo non completamente riconosciuta per il suo grande valore. I pionieri devono affrontare sempre tempi bui prima del “sorgere del sole”. Questo, forse, vale anche per noi, noi che “la bellezza inconfondibile del nostro lavoro” la sentiamo nel cuore, nell’anima e si riflette negli occhi, gli occhi di chi sa guardare oltre, verso nuovi mondi possibili, vedendo la bellezza di una professione antica ma innovativa, una professione per cui ne “vale sempre la pena”.

Quello che gli altri non vedono

Alessia Currò, Studente del Cds Infermieristica Unipr sede formativa di Piacenza

Sono stata un eroe? Solo durante la pandemia ma poi l'entusiasmo è svanito ed i media hanno raccontato le nostre preoccupazioni come se fossero lamentele. Sono un infermiere, mi occupo della salute, del curare e del prendersi cura. La mia professione è ricca di sfide, di responsabilità, ma anche di immense soddisfazioni. Sono pronta a raccontarvi il mio mondo.

Ogni giorno vivo a stretto contatto con la fragilità umana, con la paura e con la speranza che si intrecciano nei occhi degli ammalati e dei familiari. Sono testimone ogni giorno di silenziose storie di vita che mi arricchiscono, mi commuovono e mi insegnano, di drammi e di gioie che si intrecciano tra le barelle.

Voglio portarvi con me tra il corridoio lunghissimo del mio reparto e vi racconterò le emozioni che ogni giorno mi avvolgono come un caldo abbraccio, vi racconterò quello che gli altri non vedono.

Le mie giornate iniziano presto, con il cambio turno, alle 06.30 sono già in spogliatoio per consentire al collega del turno di notte di poter uscire puntuale dal reparto. Il primo passo è sempre quello di conoscere gli ammalati, leggere le loro cartelle cliniche, capire le loro esigenze e preoccupazioni. Poi ecco che inizia la danza: monitoraggio dei parametri vitali, medicazioni, somministrazione della terapia, flebotomi ed altri compiti anche non tecnici. Quello che gli altri non vedono è che sono un confidente ed un attento ascoltatore. Ascolto gli sfoghi e le paure dei malati, colgo le loro domande e prontamente cerco di rispondere a tutte le loro esigenze. Cerco di strappare qualche sorriso, infondendo coraggio anche nei momenti più tristi e rimanendo in silenzio quando le parole non sono necessarie.

Quello che gli altri vedono è che spesso corro per il reparto, cercando di far incastrare bene tutte le attività del turno, ma quello che gli altri non vedono è che anche in momenti frenetici mi ritrovo a stringere mani tremanti ed a raccogliere lacrime silenziose.

Ricordo la signora Rosa, un'anzilla donnina con il sorriso contagioso ricoverata per una polmonite. Ma il suo vero male era la solitudine. Trascorrevo il tempo libero scambiando due parole con lei e durante le attività assistenziali ne approfittavo anche per distrarre la signora dalla nostra invadenza. Un giorno mi confessò che la cosa che avrebbe desiderato di più era di sentire la voce del nipote che purtroppo viveva lontano. Commossa ho deciso con l'aiuto di alcuni colleghi di organizzare una videochiamata. La gioia negli occhi della signora Rosa era impagabile. In quel momento, ho capito che il mio lavoro abbraccia anche l'anima. C'è stato poi Marco un giovane uomo vittima di incidente stradale. Era in coma, ventilato meccanicamente. Quello

che gli altri non vedono è che ogni giorno gli parlavo, gli raccontavo della sua famiglia che telefonava e veniva a trovarlo, dei suoi amici che gli dedicavano amorevoli pensieri. Durante una chiacchierata con la madre le chiesi quale fosse la musica preferita di Marco così, mentre gli altri non vedono, durante l'assistenza gli facevo ascoltare le sue canzoni preferite. Dopo sette giorni Marco ha aperto gli occhi. M'ha guardato, m'ha sorriso e sussurrato "Grazie". Quello che gli altri non vedono è la commozione provata in quel momento con la reale consapevolezza di aver contribuito a salvare una vita.

Il mio lavoro non è sempre facile. Ci sono giorni frenetici, momenti di stress e fatica, imprevisti che mettono a dura prova la nostra resistenza fisica e mentale.

Spesso siamo visti come semplici esecutori di ordini, ma dietro la nostra divisa si nasconde un mondo complesso e sfaccettato. Ciò che gli altri non vedono è la nostra capacità di ascolto e sostegno emotivo. Di fronte ad ammalati e familiari angosciati, ho imparato a leggere le emozioni oltre alle parole, a cogliere i silenzi eloquenti, a porgere un ascolto empatico che a volte vale più di qualsiasi altra cura. A volte mi trovo ad affrontare la sofferenza e la morte, eventi che mi lasciano sempre il segno.

Quello che gli altri non vedono è la forza, la collaborazione e la solidarietà del nostro gruppo, in cui ci si sostiene e si condividono difficoltà e vittorie. Tutti insieme affrontiamo ogni sfida con professionalità e coraggio per raggiungere l'obiettivo comune: la salute del malato.

Nonostante le difficoltà non cambierei il mio lavoro.

Quello che gli altri non vedono è la costante formazione e l'impegno per rimanere aggiornati perché la medicina è una scienza in continua evoluzione.

Quello che gli altri non vedono è la soddisfazione di aiutare gli altri, di alleviare la sofferenza, di donare un sorriso, di coltivare amore per la cura.

Ogni giorno imparo qualcosa di nuovo e nelle vittorie mi sento una persona migliore. Tutti gli ammalati mi donano un pezzo del loro cuore e mi lasciano insegnamenti di vita che porto sempre con me.

Quello che gli altri non vedono è che ho la possibilità di incontrare persone in situazioni di estrema vulnerabilità e di offrire loro conforto e speranza. E' un privilegio che nutre il mio spirito e mi spinge a dare il meglio di me. Ho imparato a valorizzare ed a non avere paura di donare il tempo, la pazienza e la compassione e che anche un piccolo gesto di gentilezza può fare la differenza nella vita di qualcuno.

A tutti coloro che si trovano ad affrontare un momento difficile in ospedale, voglio dire questo: non siete soli, anche se non ci sono personalmente sono qui a tendervi la mano.

L'Essenza Nascosta dell'Infermieristica: Una prospettiva fenomenologica sulla cura e la compassione

Giusy Oliveto, Infermiere, ASST PAVIA

La professione infermieristica è spesso vista attraverso il prisma della cura e dell'assistenza, ma c'è una bellezza intrinseca che merita di essere esplorata e celebrata. La fenomenologia, un approccio filosofico che si concentra sull'esperienza soggettiva e sulla percezione del mondo, offre un quadro ideale per comprendere la profondità e la bellezza della pratica infermieristica. La fenomenologia, sviluppata da Edmund Husserl e poi ampliata da Martin Heidegger e Maurice Merleau-Ponty, enfatizza l'importanza di comprendere le esperienze vissute. Questo approccio è particolarmente rilevante per l'infermieristica, poiché permette di esplorare le esperienze dei pazienti e degli infermieri in un contesto di cura.

La bellezza dell'infermieristica risiede in vari aspetti, tra cui:

Relazioni Umane Profonde: La fenomenologia ci insegna che le relazioni umane sono fondamentali per l'esperienza vissuta. Gli infermieri sviluppano connessioni profonde con i pazienti, che non sono solo fisiche ma anche emotive e spirituali. In ogni gesto di cura, in ogni parola di conforto, gli infermieri rivelano la bellezza di un cuore compassionevole e una mente dedicata alla guarigione. Questo legame è un esempio tangibile della bellezza umana e della compassione.

Presenza e Attenzione: Essere presenti e attenti ai bisogni dei pazienti è un aspetto centrale dell'infermieristica. La fenomenologia valorizza la presenza autentica e l'attenzione al momento presente, aspetti che sono cruciali nella pratica infermieristica e che contribuiscono alla bellezza di questa professione. Gli infermieri vedono la bellezza nelle piccole cose quotidiane, nella gratitudine delle famiglie, nell'aiuto del paziente e nella forza della vita.

Esperienze di Cura: L'atto di cura è intrinsecamente bello. La fenomenologia ci invita a considerare l'atto di prendersi cura come un'esperienza significativa sia per il paziente che per l'infermiere. Questo processo di cura reciproca crea un senso di bellezza e soddisfazione profonda. Gli infermieri portano bellezza nel mondo con ogni atto di cura, dimostrando che la compassione e l'umanità sono le vere essenze della vita.

Resilienza e Forza: La bellezza dell'infermieristica si manifesta anche nella resilienza e nella forza dimostrate dagli infermieri. Attraverso la lente fenomenologica, possiamo apprezzare come gli infermieri trovano significato e bellezza nella loro capacità di affrontare le sfide e di sostenere i pazienti nei momenti di vulnerabilità. Essere infermiere significa trovare bellezza nella resilienza dei pazienti e nella serenità del fine vita.

Per comprendere pienamente la bellezza dell'infermieristica, è utile raccogliere testimonianze ed esperienze dirette dagli infermieri. Questi racconti possono illuminare come la pratica quotidiana, spesso percepita come routine, sia ricca di momenti di bellezza e significato.

Un'infermiera potrebbe descrivere l'emozione di vedere un paziente migliorare giorno dopo giorno, mentre un'altra potrebbe parlare della gratificazione di fornire conforto in momenti difficili. Queste storie personali rivelano come la bellezza dell'infermieristica sia intrecciata con le esperienze vissute dagli infermieri stessi. La bellezza dell'infermieristica dunque, va oltre le competenze tecniche e le procedure cliniche. È un valore nascosto che dovrebbe essere riconosciuto e interpretato come valore aggiunto da ogni collega.

Attraverso la fenomenologia, possiamo scoprire la profondità e il significato delle esperienze infermieristiche, riconoscendo la bellezza nelle relazioni umane, nella presenza autentica, negli atti di cura e nella resilienza. La professione infermieristica non è solo un lavoro, ma una vocazione che merita di essere celebrata per la sua bellezza intrinseca. Questo riconoscimento non solo valorizza gli infermieri, ma arricchisce anche la nostra comprensione della cura e dell'assistenza come pilastri fondamentali della società.

Infermieri, nel vostro lavoro c'è un grande privilegio: quello di essere immediatamente d'aiuto a qualcuno. Significa avere il privilegio di toccare la vita di qualcuno in un momento di bisogno e lasciare un segno indelebile nel loro Cuore.

La prima sigaretta...

Hodor Darius Bogdan, *Studente del Cds Infermieristica Unipr sede formativa di Piacenza*

Caro me stesso di 40 anni fa,
eccoci qui, su un letto d'ospedale.

Sì, hai sentito bene: non siamo su qualche spiaggia in vacanza o da qualche altra parte a rilassarci e goderci l'estate. Siamo, invece, ricoverati nel reparto di Medicina d'urgenza.

Ti starai chiedendo come mai siamo finiti in ospedale, questo posto così freddo e triste che col tempo conosceremo sempre meglio; sinonimo per noi, purtroppo, di morte, luogo che riaccende in noi la fiamma del ricordo di nonna e della sua precoce dipartita. Forse ti domandi perché siamo finiti in un reparto, come sento dire dal personale, ad alta complessità di cure.

Mettiti comodo Marco perché, per rispondere a questa tua domanda, dobbiamo tornare indietro a quando avevo la tua età: 18 anni.

L'evento che più avevamo atteso quell'anno fu il nostro diciottesimo. Non mi riferisco alla festiciola che ci avevano preparato "a sorpresa" mamma, papà e Laura, ma alla vera festa che avevamo organizzato con i nostri amici dell'epoca. Che ricordo... È rimasta, ancora oggi dopo più di 40 anni, una notte di cui, complice l'alcol, ricordo spaventosamente poco! L'unica cosa che ho ancora chiaramente nella mente è che abbiamo fumato la nostra prima sigaretta. L'idea era che fosse la prima e anche l'ultima e, per un certo periodo, fu davvero così.

Passò un anno e ci iscrivemmo all'università che avevamo sempre sognato: Scienze agrarie.

Facemmo nuove conoscenze, stringemmo nuove amicizie che però non si dimostrarono sempre proficue per noi: iniziammo a fumare seriamente; si usciva la sera in compagnia e si fumava, si faceva una pausa studio e si fumava, insomma, ogni occasione era buona per accendere una sigaretta e fare un tiro.

Mi sembrava un modo come un altro per socializzare e stare in compagnia, un modo per essere finalmente accettato: io, un ragazzo della campagna piacentina, nel gruppo di ragazzi della grande città metropolitana di Milano.

Solo crescendo mi sono reso conto dell'innocente stupidità che mostrai allora. In quegli anni decisi, senza sapere a cosa stavo andando incontro, di diventare un fumatore attivo: è così che le persone che fumano vengono chiamate in "medichese".

Nei primi anni non ebbi gravi problemi di salute, ma, con il tempo, quest'ultima iniziò ad esserne inficiata: non riuscivo più ad andare a correre come prima perché mi mancava il fiato; poi iniziai a tossire sempre più spesso, ad avere una voce più roca del normale e infine cominciai la lunga battaglia contro l'ipertensione. Ne girai di cardiologi, quasi tanti quanti i farmaci che cambiai: beta-bloccanti, ace-inibitori, calcio antagonisti, vasodilatatori e diuretici di ogni genere. Però nulla bastò ad arrestarne la progressione.

Eccoci qui, caro Marco, in un letto d'ospedale proprio per questo motivo: considerati i picchi di pressione degli ultimi giorni, il cuore non riusciva a pompare il sangue e una parte ne ristagnava nei polmoni. La parte liquida del sangue è uscita dai vasi e ha invaso gli alveoli.

Non respiravo bene, mi sono sentito soffocare. È stata una sensazione atroce, come se stessi annegando, ma lontano da fiumi, laghi o mari.

Laura mi ha portato in fretta e furia al Pronto Soccorso ed è grazie alle cure ricevute in ospedale se oggi, per la prima volta dopo tanto tempo, sto meglio.

Non ti nascondo che avevo una paura immane di dover mantenere l'ossigeno anche a casa, di dipendere dall'automomia del "bombolino" che mi sarei sempre dovuto portare appresso. Per fortuna, tutto questo non si è concretizzato e rimarrà, spero per sempre, solo il ricordo di un grande spavento.

Quindi, caro Marco, stai attento alle amicizie che sceglierai, alle persone di cui deciderai di circondarti, soppesa bene le tue decisioni prima di prenderle. Ricordati che non sempre si può tornare indietro e che molto spesso le scelte che facciamo ci segnano inavvertitamente il futuro.

Con questa lettera non voglio spaventarti; il mio intento è quello di trasmetterti un po' della saggezza che in questi quattro decenni ho maturato e presentarti quella che può essere una delle conseguenze delle scelte che si fanno da ragazzi.

Ricorda, come ci diceva sempre mia nonna da buona ex insegnante di lettere classiche: *homo faber ipsius fortunae*.

Con affetto e amore,
e con un grande in bocca al lupo per il tuo futuro,
Marco

La spiritualità nell'assistenza infermieristica del fine vita: una revisione della letteratura

Spirituality in end-of-life nursing care: a review of the literature

Crocco P.¹, Gorla R.¹, Tacchini M.¹

¹Tutor Didattico corso di laurea in infermieristica, Fondazione Don Gnocchi, Università degli Studi di Milano

Riassunto

L'inclusione nei contesti di cura della dimensione spirituale - intesa quale componente integrante gli aspetti fisici, psichici e sociali - è stata raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1984. Tuttavia la spiritualità ricopre ancora troppo spesso un ruolo marginale all'interno del modello di presa in carico delle persone nel contesto del loro fine vita, inoltre molti componenti dell'equipe di cura segnalano una carenza nelle competenze comunicative necessarie laddove si intenda affrontare in modo adeguato le preoccupazioni spirituali. Lo scopo del presente lavoro è valutare l'impatto dell'assistenza spirituale offerta dall'infermiere e dai membri dell'equipe di cura nella presa in carico della persona adulta nella fase terminale della vita nel contesto delle cure palliative.

Revisione narrativa della letteratura tramite l'utilizzo delle banche dati MEDLINE, CINAHL ed EMBASE. Emerge il positivo impatto del benessere spirituale sulla qualità della vita delle persone nella fase terminale della vita che ricevono assistenza spirituale dai membri dell'equipe di cura. Viene inoltre evidenziata la necessità di una formazione in ambito spirituale per coloro che si prendono cura della persona nella fase terminale della vita.

Permangono ancora difficoltà nell'offerta di assistenza spirituale da parte dei componenti l'equipe di cura nei contesti del caring del fine vita. trova. Appare quindi opportuno prevedere dei programmi di formazione destinati all'equipe di cura sulla tematica della cura spirituale in modo da fornire all'assistito il raggiungimento della migliore qualità di vita anche - e soprattutto - nei setting di cure palliative.

Parole chiave: qualità della vita, assistenza spirituale, cure palliative, assistenza infermieristica

Abstract

The inclusion of the spiritual dimension in care settings - understood as an integral component alongside physical, psychological, and social aspects - has been recommended by the World Health Organization (WHO) since 1984. However, spirituality still often plays a marginal

role within the care model for individuals in the context of end-of-life care. Furthermore, many members of the care team report a lack of communication skills necessary to address spiritual concerns adequately. The purpose of this study is to evaluate the impact of spiritual care provided by nurses and members of the care team in the management of adults in the terminal phase of life within the context of palliative care. A narrative review of the literature was conducted using the MEDLINE, CINAHL, and EMBASE databases.

The positive impact of spiritual well-being on the quality of life of individuals in the terminal phase of life who receive spiritual care from members of the care team emerges. The need for training in spiritual matters for those caring for individuals in the terminal phase of life is also highlighted. Challenges still persist in providing spiritual care by members of the care team in end-of-life caring contexts. It is therefore advisable to establish training programs for the care team on the topic of spiritual care in order to provide the patient with the best possible quality of life, especially in palliative care settings.

Keywords: Quality of Life, Spiritual Care, Palliative Care, Nursing Care

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha raccomandato di includere nei contesti assistenziali la dimensione spirituale, volendo indicare con questo termine quella variabile dell'esistenza umana che fa riferimento ai vissuti trascendenti l'espressione dei sensi (OMS, 1984). L'aspetto spirituale dell'esistenza umana va ulteriormente inteso quale componente integrante gli aspetti fisici, psichici e sociali. L'integrazione dei bisogni spirituali all'interno di un contesto di cura richiede quale indispensabile premessa la conoscenza dei medesimi da parte del professionista che deve adoperarsi affinché l'assistito possa esplicitare i propri bisogni spirituali che altrimenti non verrebbero espressi. Così facendo sarà possibile un'analisi sia delle risorse spirituali su cui concentrare un corretto approccio terapeutico oltre ad una identificazione precoce del disagio spirituale.

L'ineluttabilità dell'evento morte trova come risposta l'affermazione del valore e del rispetto della vita (1) nel contesto della presa in carico della persona e della famiglia quale elemento centrale del percorso di cura cui dare risposte competenti (1).

Incentrate in origine sul prendersi cura dei malati di tumore in fase terminale, le cure palliative oggi sono offerte anche a coloro che soffrono di malattie croniche e/o degenerative così da poter ricevere un'assistenza adeguata che garantisca, oltre al trattamento dei sintomi fisici, la presa in carico integrale dei propri bisogni, tra cui quelli di natura spirituale (1). Viene definita terminalità la condizione in cui la persona è affetta da una malattia inguaribile per la quale sono venute meno tutte le alternative terapeutiche ed i cui meccanismi corporei di autoregolazione cessano di funzionare. L'identificazione di questo ultimo periodo di vita determina inevitabilmente una sostanziale modifica della modalità della presa in carico della persona malata (1). L'assistito infatti oltre a perdere la speranza nella guarigione, nella realizzazione dei propri sogni inizia a prendere coscienza della morte ormai non più procrastinabile provando sovente una forte sofferenza spirituale che rientra in quel quadro che Cicely Saunders ebbe a definire come sofferenza totale (2).

Tale termine intende incorporare i bisogni di natura fisica, psichica, spirituale e sociale che sperimenta la persona durante la terminalità della propria malattia. Quale intervento per contrastare questa sofferenza viene quindi posto in campo il focalizzare tutte le attività sulla qualità della vita: l'aspetto quantitativo del tempo cede il passo a quello qualitativo. È quindi riscoperta la complessità della persona quale essere vivente che sperimenta tutte le dimensioni dell'esistenza e si dilatano i bisogni che non sono più considerati unicamente per la loro valenza in ambito strettamente sanitario (1). L'equipe di cura deve essere in grado di farsi carico delle svariate espressioni di sofferenza attraverso l'implementazione della multidisciplinarietà in concerto con il coinvolgimento della famiglia dell'assistito, oggetto anch'essa di interventi di accompagnamento ed aiuto (1). Tra queste la spiritualità, qui intesa come una astrazione multidimensionale che consente all'essere umano di interrogarsi in merito alla propria esistenza (3). Sicuramente la spiritualità permette di caratterizzare l'essere umano nel suo rapporto con gli esseri viventi e consente alla persona di scoprire la potenzialità del proprio valore che può arrivare anche alla trascendenza della propria sofferenza laddove ella riesca a dare senso alla propria storia. Vivere quindi la spiritualità come una risorsa per affrontare l'improcrastinabile incontro con la morte. Da ultimo è importante ricordare che spiritualità e religione non sono sinonimi. Quest'ultima infatti, proprio perché contiene quell'insieme di norme - anche di tipo celebrativo - con cui viene manifestata la propria fede, è

una modalità con cui vivere la propria spiritualità senza però esaurirla (3). La professione infermieristica riconosce la complessità e l'unicità di ogni singolo essere umano e pianifica l'intervento assistenziale proprio a partire dalle peculiarità e dai valori espressi dall'assistito.

Obiettivi

Indagare i principali bisogni spirituali delle persone che afferiscono ai servizi di cure palliative nella fase terminale della vita ed analizzare le implicazioni per l'assistenza infermieristica al fine di favorire il benessere dell'assistito e migliorarne la qualità di vita

Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca bibliografica sulle principali banche dati (Cinhal, Medline ed Embase). Le parole chiave utilizzate per condurre la ricerca sono state: terminal chronic illness, terminal ill, end of life, spiritual care, spiritual nursing care, quality life, spiritual nursing care, spirituality, palliative care, end of life care, palliative care, nurse, spiritual care effect, palliative care, spiritual therapy, quality life.

Le parole chiave sono state combinate tra loro utilizzando operatori booleani AND, OR, NOT per implementare varie stringhe di ricerca che sono state lanciate nelle banche dati, in particolare le stringhe utilizzate sono le seguenti:

- "Terminal chronic illness" AND "spiritual care"
- "Spiritual nursing care" AND "end of life" AND "quality life"
- ("Spiritual nursing care" OR Spirituality) AND ("Palliative care" OR "End of life care")
- Spirituality AND "palliative care" AND nurse*
- "Spiritual care effect" AND "terminal ill"
- "Palliative care" AND "spiritual therapy" AND "quality life."

Sono stati inclusi articoli in lingua inglese ed italiana pubblicati dal 2011 in poi il cui campione fosse costituito da pazienti adulti (età ≥ 18 anni) affetti da patologia cronica in fase terminale. Il PRISMA statement (figura 1) ha metodologicamente guidato l'applicazione dei criteri di inclusione delle fonti precedentemente descritte. Sono stati identificati 567 articoli dopo la rimozione dei duplicati (N=242), di cui si sono letti i titoli e gli abstract e ne sono stati esclusi 509. In seguito, dei rimanenti 65 record si è cercato di reperire i full text e laddove non reperibile è stato escluso l'articolo (N= 55); questi dopo lettura del full text sono stati sottoposti ad analisi e valutazione in merito alla pertinenza al quesito di ricerca, ed in conclusione sono stati identificati 9 articoli eleggibili per l'inclusione per l'analisi, di cui 3 Cross-sectional Study, 3 Multicenter-Study, 1 Randomized Controlled Trial, 1 Quasi-experimental Study, 1 Pilot-testing Study. Gli studi individuati sono stati analizzati in maniera narrativa.

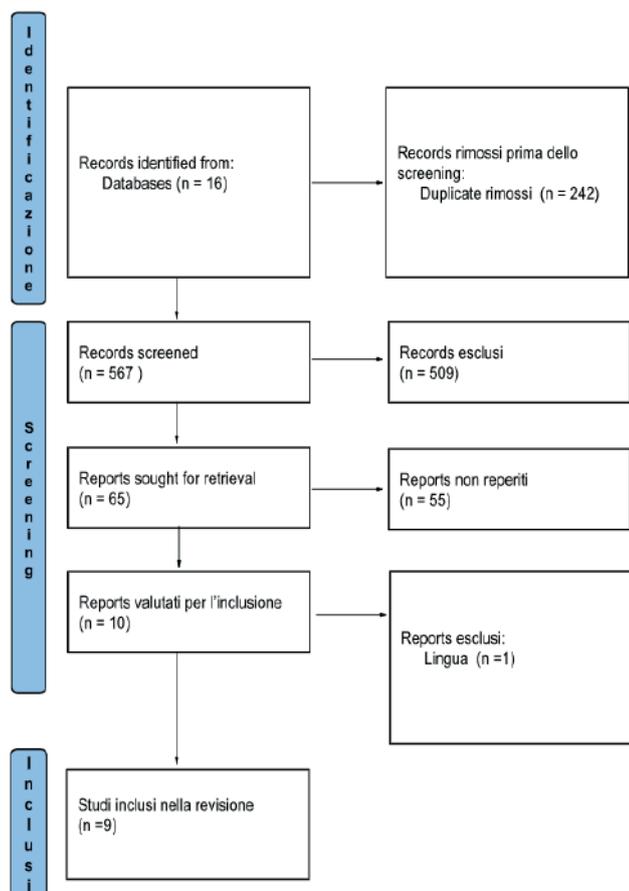


Figura 1. Prisma statement

Risultati

Il percorso di selezione ha determinato l'inclusione di nove studi, la cui analisi ha permesso di individuare cinque aspetti portanti di seguito declinati:

- L'importanza della dimensione della fede
- L'impatto negativo dell'ansia e del dolore sulla qualità della vita
- L'impatto positivo dell'assistenza spirituale sulla qualità della vita
- L'impatto positivo del benessere spirituale sulla qualità della vita
- La necessità di formazione spirituale per i membri dell'équipe di cura

L'importanza della dimensione della fede

Lo studio di Bovero et al. (2016) (5) suggerisce che la spiritualità, specialmente la dimensione della fede, potrebbe rappresentare una componente importante del benessere nei malati di cancro nelle ultime settimane di vita. Vallurupalli et al. (2012) (6) sottolineano come la maggior parte dei partecipanti allo studio (84%) ha fatto riferimento alle proprie convinzioni religioso-spirituali per fronteggiare la malattia derivante dal cancro.

Tramite i risultati di questa ricerca è emerso che la maggioranza dei partecipanti (84%) fa affidamento sulle convinzioni religiose/spirituali per far fronte alla difficile malattia del cancro. Sempre Bovero et al. (2019) (7) evidenziano

che le esperienze spirituali quotidiane influenzano in modo significativo il benessere spirituale nei pazienti in fin di vita e ciò contribuisce al loro benessere psicologico. Infine, nello studio di Wasinee Wisersrith et al. (2021) (8) viene posta l'attenzione sul fatto che se un malato terminale di cancro migliora la percezione di sé e raggiunge una buona spiritualità, avrà un'esperienza positiva della malattia e sarà pronto ad affrontare le condizioni di malattia terminale.

L'impatto negativo dell'ansia e del dolore sulla qualità della vita

I risultati dello studio di Bovero et al. (2016) (5) suggeriscono che ansia e dolore hanno un impatto significativo sulla qualità di vita. Lo studio di Peng-Keller et al. (2021) (9) sottolinea come da un punto di vista clinico, valga la pena notare che livelli più elevati di angoscia spirituale sono stati associati a segni di malattia più gravi, come una maggiore angoscia emotiva e una maggiore intensità del dolore. Questo può far pensare che il dolore cronico sia un fenomeno complesso che interessa le dimensioni mentali, fisiche, sociali e spirituali della vita e che quindi gli aspetti spirituali dovrebbero essere valutati e integrati nei piani di trattamento.

L'impatto positivo dell'assistenza spirituale sulla qualità della vita

Già Vallurupalli et al. (2012) (6) riscontrano che la spiritualità del paziente ed il coping religioso sono associati ad una migliore qualità della vita. Fa seguito lo studio di Bovero et al. (2016) (5) i cui risultati confermano che l'assistenza spirituale vicino alla morte è associata ad una migliore qualità di vita del paziente. Viene tuttavia segnalato che purtroppo in Italia tale assistenza è raramente praticata dai membri dell'équipe sanitaria.

Inoltre, lo studio di Asgeirsdottir et al. (2017) (10) sottolineano l'importanza di dare alle persone l'opportunità di aprire una discussione in merito alle questioni spirituali. Ancora Bovero et al. (2019) (7) ribadiscono come l'assistenza spirituale contribuisca al rafforzamento del benessere psicologico dell'assistito. Infine Wasinee Wisersrith et al. (2021) (8) pongono particolare attenzione sull'assistenza spirituale che viene vista come strategia efficace per soddisfare le esigenze di cura in tutte le dimensioni della persona e per aiutare gli assistiti a trascorrere il resto della loro vita in pace. In questo studio viene altresì segnalato come la spiritualità dei malati terminali di cancro varia a seconda delle percezioni, degli atteggiamenti, delle esperienze e delle condizioni socioculturali, specialmente laddove gli assistiti affrontano sofferenze e malattie incurabili. Viene quindi chiarito che agli assistiti che hanno difficoltà spirituali vanno fornite le giuste cure spirituali (Wasinee Wisersrith et al., 2021) (8).

L'impatto positivo del benessere spirituale sulla qualità della vita

I risultati dello studio di Asgeirsdottir et al. (2017) (10) indicano che la qualità di vita complessiva è positivamente correlata al benessere spirituale. Fa loro eco lo studio di Bovero et al. (2016) (5) laddove viene specificato che il benessere spirituale nei pazienti in fin di vita contribuisce al loro buon stato di salute psicologico. Questi dati sono

confermati dallo studio di Wasinee Wisersrith et al. (2021) (8) che specifica quanto il benessere spirituale sia direttamente proporzionale alla capacità di affrontare la parte terminale della malattia.

La necessità della formazione spirituale per l'equipe di cura

Nello studio di Vallurupalli et al. (2012) (6) viene segnalato come la maggioranza dei pazienti considera l'attenzione alle preoccupazioni spirituali da parte di medici ed infermieri una componente importante della cura del cancro. Per contro i risultati emersi nello studio di Yang et al. (2017) (11) pur dimostrando che un breve programma di formazione sulla cura spirituale a medici ed infermieri può aiutare a migliorare la qualità di vita globale del paziente, sottolineano che il loro effetto sul benessere spirituale degli assistiti non è così evidente. Anche dai risultati dello studio di Kang et al. (2012) (12) si evince che la maggior parte dei pazienti che ricevono cure palliative in regime di ricovero a causa di una diagnosi di cancro terminale, considerano necessario che il personale sanitario si occupi dei bisogni spirituali e religiosi. Van de Geer et al. (2018) (13) hanno pubblicato uno studio che ha messo in evidenza quanto un programma di formazione pratico e conciso sulle cure spirituali in un contesto di cure palliative per gli operatori sanitari possa avere un effetto positivo sugli atteggiamenti e le competenze del personale, migliorare l'attenzione alla dimensione spirituale e ridurre temporaneamente le barriere relative all'offerta di cure spirituali da parte di infermieri e medici. Wasinee Wisersrith et al. (2021) (8) segnalano infine che gli operatori sanitari dovrebbero conoscere il processo di cura del paziente e come fornire assistenza ai malati terminali di cancro in particolare l'assistenza spirituale in modo da valutare continuamente i bisogni spirituali di ogni singolo paziente e fornire le conseguenti cure specifiche.

Discussione e conclusioni

Emerge quindi l'importanza della formazione del personale sanitario ed assistenziale che afferisce ai servizi di Cure Palliative in riferimento all'assistenza spirituale declinata come aspetto fondamentale dell'esistenza umana. Gli studi analizzati pur coprendo un periodo di tempo pari ad un decennio concordano, tranne parzialmente in un unico caso, nell'indicare quale strumento migliorativo del benessere e della qualità della vita l'offerta dell'assistenza spirituale.

Bibliografia

1. Brugnolli, A., & Saiani, L. (2013). *Trattato di cure infermieristiche* (Vol. 1). Idelson Gnocchi – Sorbona
2. Clark, D., 1999. "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Soc Sci Med* 49, 727–736.
3. Evangelista, C.B., Lopes, M.E.L., Costa, S.F.G. da, Batista, P.S. de S., Duarte, M.C.S., Morais, G.S. da N., França, J.R.F. de S., Gomes, B. da M.R., 2021. Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. *Rev Bras Enferm* 75, e20210029.
4. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372, n71.
5. Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., Torta, R., 2016. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)* 25, 961–969.
6. Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Block, S.D., Ng, A.K., Kachnic, L.A., Vanderweele, T.J., Balboni, T.A., 2012. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol* 10, 81–87.
7. Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Opezzo, M., Gioncalvetto, F., Torta, R., 2019. The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study. *J Relig Health* 58, 2144–2160.
8. Wisersrith, W., Sukcharoen, P., Sripinkaew, K., 2021. Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 22, 3773–3779.
9. Peng-Keller, S., Moergeli, H., Hasenfratz, K., Naef, R., Rettke, H., Hefti, R., Ljutow, A., Rittmeyer, I., Sprott, H., Rufer, M., 2021. Including the Spiritual Dimension in Multimodal Pain Therapy. Development and Validation of the Spiritual Distress and Resources Questionnaire (SDRQ). *J Pain Symptom Manage.* 62, 747–756.
10. Asgeirsdottir, G.H., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Kelly, E., Young, T., Vivat, B., 2017. Spiritual well-being and quality of life among Icelanders receiving palliative care: data from Icelandic pilot-testing of a provisional measure of spiritual well-being from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 26.
11. Yang, G.M., Cheung, Y.B., Lim, S.H.A., Lye, W.K., Neo, P.S.H., Ng, W.R., Puchalski, C., Tan, Y.Y., 2017. Effect of a spiritual care training program for staff on patient outcomes. *Palliative and Supportive Care* 15, 434–443.
12. Kang, J., Shin, D.W., Choi, J.Y., Park, C.H., Baek, Y.J., Mo, H.N., Song, M.O., Park, S.A., Moon, D.H., Son, K.Y., 2012. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country. *Psycho-Oncology* 21, 374–381.
13. Van de Geer, J., Veeger, N., Groot, M., Zock, H., Leget, C., Prins, J., Vissers, K., 2018. Multidisciplinary Training on Spiritual Care for Patients in Palliative Care Trajectories Improves the Attitudes and Competencies of Hospital Medical Staff: Results of a Quasi-Experimental Study. *Am J Hosp Palliat Care* 35, 218–228.

Competenze infermieristiche nell'esame obiettivo: una revisione narrativa della letteratura

Nursing skills in physical examination: a narrative literature review

Sciara Rosaria Valentina¹, Gorla Ruben²

¹Infermiere ASST Sacco Fatebenefratelli

²Tutor Didattico corso di laurea in infermieristica, Fondazione Don Gnocchi, Università degli Studi di Milano

Riassunto La competenza clinica infermieristica è una questione professionale ed è centrale per i risultati della cura del paziente. L'importanza della competenza infermieristica va ben oltre l'ambito della regolamentazione e dell'abilitazione all'esercizio professionale. Pertanto, il modo in cui viene valutata la competenza clinica è una pietra angolare della professionalità.

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura interrogando a database embase, pubmed, cinhal e psycinfo. Sono state individuate ed analizzate le scale Six-Dimension Scale of Nurse Performance (6-D Scale), Competency Outcomes Performance Assessment (COPA), Nurse Competency Scale (NCS), Self-Evaluated Core Competencies (SECC) e Competency Inventory for Registered Nurse.

Alcune delle scale citate sono auto somministrate e pertanto potrebbero essere viziate da bias, anche se la valutazione di un osservatore esterno potrebbe non essere esente da critiche

Abstract Nursing clinical competence is a professional matter and is central to patient care outcomes. The significance of nursing competence extends far beyond the realm of regulation and professional licensure. Therefore, the way nursing clinical competence is assessed is a cornerstone of professionalism. A narrative literature review was conducted by querying the Embase, PubMed, CINAHL, and PsycINFO databases. The Six-Dimension Scale of Nurse Performance (6-D Scale), Competency Outcomes Performance Assessment (COPA), Nurse Competency Scale (NCS), Self-Evaluated Core Competencies (SECC), and Competency Inventory for Registered Nurse scales were identified and analyzed.

Some of the mentioned scales are self-administered and thus may be susceptible to bias, although assessment by an external observer may not be without criticism.

Introduzione

Il modello di competenza comportamentista è semplicemente orientato al compito; ha definito la competenza come una combinazione di conoscenze, valori, alla base

di una prestazione professionale efficace definiscono la competenza come l'esecuzione di un compito svolto mediante l'applicazione di pensiero critico, conoscenza, abilità tecniche e misurazione delle competenze infermieristiche debba seguire un percorso quantitativo o qualitativo pone le basi per la storia dell'infermieristica. Durante la Prima Guerra Mondiale, l'assistenza infermieristica ha registrato un rapido sviluppo, nonostante le limitate risorse e le circostanze estreme (1); gli infermieri sono trovati nella necessità di fornire assistenza ai pazienti in modo autonomo ed efficiente, sviluppando così la capacità di affrontare le sfide e risolvere problemi attraverso il loro giudizio e il pensiero critico (2). La competenza è ampiamente riconosciuta come una competenza essenziale per gli infermieri, come indicato da Cappelletti et al. (2014) (3), Martin et al. (2020) (4) e Tanner (2006) (5).

In particolare, Patricia Benner et al. (1992) (6) affermano che le competenze "sono tecniche assistenziali utilizzate dall'infermiere per ottenere risultati". Il modello di Benner si applica alle abilità necessarie per lo sviluppo professionale; in altre parole, le competenze acquisite dai futuri infermieri durante il percorso universitario diventano le basi per le competenze che il futuro professionista incrementerà (7). Il percorso universitario è uno snodo cruciale per lo sviluppo delle competenze (che non sono solo abilità tecniche) (7). Al fine di misurare e quantificare le competenze dell'infermiere sono state elaborate e validate delle scale (8).

Lo scopo dello studio è quello di effettuare una revisione narrativa della letteratura per identificare gli strumenti utilizzati per misurare le competenze infermieristiche.

Materiali e metodi

Per la redazione del presente studio è stata condotta una revisione della letteratura elaborando una stringa di ricerca.

Per la costruzione della stringa di ricerca è stato utilizzato il metodo PIO che ha permesso di strutturare il quesito di ricerca, ovvero l'identificazione delle competenze cliniche dell'infermiere in merito all'assessment della persona assistita; quindi:

- P: infermiere
- I: esame obiettivo
- O: consapevolezza delle condizioni cliniche dell'assistito

a partire dalla struttura PIO sono state individuate le seguenti parole chiave: *nurs**, *clinical competence*, *skill**, *clinical practice*, *awareness*.

Le parole chiave sono state combinate tra loro con l'utilizzo degli operatori booleani AND e OR, si è deciso di non utilizzare NOT in quanto non ritenuto utile in questa stringa di ricerca.

Ottenuta la stringa di ricerca è stata lanciata nei seguenti database: Embase, PubMed, Cinahl e Psycinfo.

Si è deciso di non imporre un limite temporale alla ricerca e di includere nello studio solo articoli in lingua inglese, italiana e tedesca.

Per quanto concerne i criteri di inclusione è stato deciso di includere tutti gli studi con popolazione di interesse gli infermieri, e di includere tutte le tipologie di studi di tipo sperimentale ed osservazionale; per quanto concerne i criteri di esclusione è stato deciso di non includere le revisioni.

Risultati

Sono stati individuati i seguenti strumenti di valutazione delle competenze infermieristiche:

- Six-Dimension Scale of Nurse Performance (6-D Scale) (9)
- Competency Outcomes Performance Assessment (COPA) (10)
- Nurse Competency Scale (NCS) (11)
- Self-Evaluated Core Competencies (SECC) (12)
- Competency Inventory for Registered Nurse (13).

In particolare, nel 2001 è stata testata e validata la Six-Dimension Scale of Nurse Performance (6-D Scale) (9). La scala 6-D è utilizzata per valutare la preparazione o competenza come percepito dai neolaureati; agli studenti viene posta la domanda "L'università ti ha preparato a sufficienza per l'attività professionale?"(10). Gli studenti autovalutano la preparazione in 42 item usando una scala likert così strutturata: (a) per nulla, (b) non molto, (c) sufficientemente, (d) molto bene (10). Per gli ultimi 10 item agli studenti viene chiesto "indica per favore il numero che meglio descrive la frequenza che indica la frequenza di questi comportamenti" (10).

Questo strumento si compone di sei aree: leadership, assistenza nella criticità, insegnamento/collaborazione, pianificazione/valutazione, pianificazione/valutazione, relazioni interpersonali e sviluppo professionale e per ogni area l'affidabilità ha dei valori che vanno dallo 0,84 allo 0,98 (alfa di Cronbach) (10).

Un altro strumento per valutare le competenze è la scala Competency Outcomes Performance Assessment

(COPA) Model (10), elaborato negli anni 90; è un modello orientato alla pratica e gli outcome riguardano quattro ambiti: a) competenze core, b) outcome delle competenze c) strategie di apprendimento guidate della pratica clinica d) valutazione delle competenze nei al termine dei corsi (10).

Per quanto riguarda le competenze core sono state individuate otto aree di core competence, ovvero:

1. Capacità di effettuare un esame obiettivo e abilità di intervenire sull' assistito
2. Abilità comunicative all' interno dell'equipe e redazione di documentazione sanitaria
3. Abilità di pensiero critico nell' integrare le nozioni evidence based con la pratica clinica
4. Capacità di relazionarsi con l'assistito
5. Abilità di insegnare sia per quanto riguarda l'educazione sanitaria sia il mentoring
6. Capacità di pianificare e di coordinare il lavoro di altri
7. Abilità di leadership
8. Capacità di reperire evidence based (10).

Al fine supportare l'implementazione del COPA Model sono stati effettuati studi comparativi di tipo cross-sectional tra studenti infermieri che hanno messo in comparazione tra COPA e non-COPA ed è emerso che gli studenti che sono stati assegnati al gruppo COPA hanno superato in maggior numero l'esame NCLEX-RN (93,4% vs. 91,5%) (10).

Il dibattito apparentemente perenne sulla questione se la misurazione delle competenze infermieristiche debba seguire un percorso quantitativo o qualitativo pone le basi per la storia della Nurse Competency Scale (NCS) (11).

La NCS è una scala di 73 item suddivisi in 7 categorie:

1. Ruolo assistenziale
2. Ruolo educativo/coaching
3. Abilità diagnostiche
4. Capacità di gestire situazioni cliniche
5. Capacità di erogare interventi terapeutici
6. Capacità di mantenere elevati standard qualitativi nell' assistenza
7. Capacità di inserimento all' interno dell'equipe e dell'ente di appartenenza (11).

Ad ogni item è stato assegnato un punteggio da 0 a 100 (su una scala analogico visiva: VAS), dove 0 è un basso livello di competenza e 100 è un alto livello di competenza; per quanto riguarda le frequenze temporali è stata utilizzata una scala a 4 descrittori: 0 non applicabile, 1 utilizzato molto raramente, 2 utilizzato occasionalmente, 3 utilizzato molto spesso (11).

Per testare la validità e l'affidabilità della scala è stato effettuato uno studio in un nosocomio finlandese, che ha visto coinvolti 593 infermieri operanti in varie unità operative (11). Gli infermieri sono stati suddivisi in due gruppi: nel gruppo sperimentale le competenze sono state

valutate con la scala NCS, mentre nel gruppo di controllo è stata utilizzata la scala 6-D (in tal senso si ritiene opportuno sottolineare che non emergono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la composizione dei gruppi in termini di età, anni di esperienza nell'unità operativa, anni di servizio complessivi come infermiere ed anni trascorsi come lavoratore in sanità) (11).

I risultati di tale studio hanno messo in luce una forte correlazione tra le valutazioni globali VAS e la scala 6-D ($p=0,00$) (11). In tal senso esistono anche due studi eseguiti nel contesto italiano (7,8); lo scopo del primo studio è quello di valutare la validità interna della versione italiana della NCS (INCS), ed a tal fine è stato condotto uno studio cross-sectional di tipo osservazionale su 850 studenti del corso di laurea in infermieristica (7). La validità esterna della scala INCS è confermata anche da un altro studio cross-sectional di tipo osservazionale condotto considerando come campione gli studenti infermieri del terzo anno di alcune sezioni del corso di laurea in infermieristica Lazio e dell'Abruzzo, i questionari ritenuti eleggibili per l'analisi sono 698 (8). In tale studio emerge una elevata affidabilità dello strumento (alfa di Cronbach 0,94-0,96) (8).

Un'altra scala di valutazione delle competenze è la Self-Evaluated Core Competencies (SECC), che è stata testata su un campione di 802 studenti infermieri (12), che è strutturata in due macro aree: a) cognitiva/performance e b) empatia/responsabilità, ed i test di validità hanno riscontrato un alfa di Cronbach che varia da 0,63 a 0,81 (12). Inoltre, anche Liuet al. (2009) (13) hanno sviluppato uno strumento di valutazione delle competenze infermieristiche: Competency Inventory for Registered Nurse il cui sviluppo si è svolto prevalentemente in Cina (13). Tale strumento si compone di 55 item suddivisi in vari domini: assistenza, leadership, ambito relazionale, ambito legale / etico, sviluppo professionale, insegnamento-coaching, pensiero critico / propensione alla ricerca.

Conclusioni

Negli ultimi anni sono stati fatti grandi sforzi per validare strumenti utili a oggettivare le competenze infermieristiche, come evidenziato dagli studi citati nei risultati. Tali lavori mettono in evidenza una solida struttura metodologica ed una numerosità campionaria che consente di poter ritenere validi e generalizzabili i risultati, avendo cura di scegliere adeguatamente la scala di valutazione in base al contesto in cui verrà applicata.

Tuttavia alcune delle scale citate sono auto somministrate e pertanto potrebbero essere viziate da bias, anche se la valutazione di un osservatore esterno potrebbe non essere esente da critiche (14). Inoltre, le scale di valutazione spesso si limitano a valutare la performance nell'esecuzione di particolari tecniche o abilità inserite in sce-

nari specifici mettendo in luce come sia ancora presente l'influenza medica all'interno della disciplina infermieristica. Affinché sia tracciata la crescita dello studente di infermieristica è necessario che la valutazione delle competenze sia ripetuta ad intervalli (ad esempio al passaggio all'anno di corso successivo e prima della discussione della tesi) e non solo al terzo anno.

I risultati di questa revisione potrebbero sembrare frammentati e disconnessi tra loro ma rappresentano il contesto formativo in cui i futuri professionisti vengono formati, pertanto nel futuro si auspica che il curriculum dello studente venga sottoposto a revisione e strutturato secondo learning outcomes al fine di porre al centro del percorso formativo l'acquisizione della competenza clinica.

Secondo i risultati dello studio, l'esperienza sul campo può giocare un ruolo significativo nell'influenzare la competenza pratica degli infermieri. Con l'evoluzione dell'infermieristica come disciplina clinica, il ruolo cruciale degli infermieri in diversi contesti diventa sempre più evidente. È essenziale che gli infermieri mantengano e valutino attentamente le loro competenze professionali, concentrando l'attenzione sugli indicatori di competenza clinica per migliorare l'efficienza del sistema sanitario. L'abilità nel valutare la competenza clinica diventa fondamentale soprattutto in situazioni critiche, in quanto questo può avere un impatto diretto sul miglioramento delle condizioni dei pazienti. Di conseguenza, suggeriamo agli enti decisionali e ai responsabili delle equipe infermieristiche di riconoscere e promuovere attivamente le competenze cliniche degli infermieri, specialmente nelle situazioni critiche, per garantire cure più adeguate ed efficaci ai pazienti. Gli studi futuri dovrebbero concentrarsi sull'identificazione dei fattori e delle condizioni critiche che incidono sulla competenza clinica degli infermieri.

Bibliografia

1. Power, J.-A. (2013). Courage and medical innovation: The nurses of World War One. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(22), 1323.
2. Agustin, A. (2020). The history of technology and innovation in nursing. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 15(2).
3. Cappelletti Adriana, Engel Joyce K., & Prentice Dawn. (2014). Systematic Review of Clinical Judgment and Reasoning in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453–458.
4. Martin, B., Greenawalt, J. A., Palmer, E., & Edwards, T. (2020). Teaching Circle to Improve Nursing Clinical Judgment in an Undergraduate Nursing Program. *The Journal of Nursing Education*, 59(4), 218–221.
5. Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A

- research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
6. Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3).
 7. Notarnicola, I., Stievano, A., De Jesus Barbarosa, M. R., Gambalunga, F., Iacorossi, L., Petrucci, C., Pulimeno, A., Rocco, G., & Lancia, L. (2018). Nurse Competence Scale: Psychometric assessment in the Italian context. *Annali Di Igiene : Medicina Preventiva e Di Comunità*, 30(6), 458–469.
 8. Notarnicola, I., Stievano, A., & Pulimeno, A. (2018). Evaluation of the perception of clinical competencies by nursing students in the different clinical settings: An observational study. *Annali Di Igiene Medicina Preventiva e Di Comunità*, 3, 200–210.
 9. Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2001). Instruments for evaluating nurse competence. *The Journal of Nursing Administration*, 31(7–8), 346–352.
 10. Lenburg, C. (1999). The Framework, Concepts and Methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2).
 11. Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: Development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 47(2), 124–133.
 12. Hsu, L.-L., & Hsieh, S.-I. (2009). Testing of a measurement model for baccalaureate nursing students' self-evaluation of core competencies. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2454–2463.
 13. Liu, M., Yin, L., Ma, E., Lo, S., & Zeng, L. (2009). Competency Inventory for Registered Nurses in Macao: Instrument validation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 893–900.
 14. Numminen, O., Laine, T., Isoaho, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., & Meretoja, R. (2014). Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: Educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 812–821.

L'alopecia secondaria alla chemioterapia nelle Donne con cancro al seno: Revisione Integrativa della Letteratura

Chemotherapy Induced Alopecia in Breast Cancer Women: an Integrative Review.

Toriello Antonietta, Tutor Didattico CDL Infermieristica, IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia
Fusco Maria Antonietta, Infermiera, IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia

Riassunto

L'alopecia è uno degli effetti collaterali più temuti dei trattamenti antitumorali ed è quello dai risvolti psicologici più pesanti per la donna. La sua incidenza interessa il 65% delle pazienti con cancro al seno e non esistono terapie valide per prevenire tale evento.

Descrivere le evidenze presenti in letteratura relative al distress da alopecia secondaria a chemioterapia (CIA) e i suoi effetti sulla qualità di vita delle pazienti affette da tumore mammario.

È stata condotta una revisione integrativa. Sono stati consultati i database PubMed, CINAHL,

SCOPUS e Web of Science utilizzando le parole chiave "Alopecia induced chemotherapy", "Breast cancer", "Alopecia", "Breast cancer chemotherapy", limitando i risultati agli ultimi 10 anni.

Sono stati inclusi 29 articoli. Dalla loro analisi sono emersi 3 temi: (1) vissuti esperienziali delle pazienti affette da tumore al seno con CIA; (2) il distress provocato dalla CIA su diversi aspetti della QoL delle donne con tumore al seno; (3) strategie di coping e strumenti per valutare il distress da CIA.

La letteratura suggerisce di riconoscere il distress e l'impatto psicologico della CIA al fine di sviluppare strumenti per il suo monitoraggio.

Parole chiave: "Alopecia induced chemotherapy", "Breast cancer", "Alopecia", "Breast cancer chemotherapy"

Abstract Alopecia is one of the most feared side effects of anti-tumor treatments and it is the one with the heaviest psychological implications for women. Its incidence affects 65% of patients with breast cancer and there are no valid therapies to prevent it.

To describe the evidence in the literature relating to distress from chemotherapy induced alopecia (CIA) and its effects on the quality of life of patients affected by breast cancer.

An integrative review was conducted. The databases PubMed, CINAHL, SCOPUS and Web of Science using the keywords: "Alopecia induced chemotherapy", "Breast cancer", "Alopecia", "Breast cancer chemotherapy", limiting the results to the last 10 years.

29 articles were included. From their analysis 3 themes emerged: 1. Lived experiences of breast cancer patients

with CIA; 2. The distress caused by CIA on different aspects of the QoL of women with breast cancer; 3. Coping strategies and tools to assess CIA distress.

The literature suggests to recognize the distress and psychological impact of CIA in order to develop tools for its monitoring.

Keyword: "Alopecia induced chemotherapy", "Breast cancer", "Alopecia", "Breast cancer chemotherapy"

Introduzione

Il cancro al seno rappresenta un grave problema di salute pubblica globale^{1,2} con una stima di circa 1.7 milioni di nuovi casi e approssimativamente 0,5 milioni di decessi all'anno³. È la causa più comune di cancro tra le donne, sia nelle aree geografiche più ricche che in quelle più povere⁴, e da solo rappresenta il 25% di tutti i tumori⁵. Il tasso di incidenza varia da 19.4 casi ogni 100,000 abitanti nell'Africa Orientale sino ad 89.7 casi ogni 100,000 abitanti nell'Europa Occidentale⁶. In Italia, invece, si stima che nel 2018 verranno diagnosticati circa 52.800 nuovi casi di carcinoma della mammella femminile. Il trend di incidenza appare in leggero aumento (+0,3% per anno) mentre continua a calare, in maniera significativa, la mortalità (-0,8% per anno)⁷.

Nel corso del tempo l'epidemiologia del tumore della mammella femminile ha subito sostanziali modifiche.

La diagnosi precoce, l'introduzione dei programmi di screening, la diffusione di efficaci protocolli terapeutici e i cambiamenti nella vita riproduttiva delle donne^{8,9}, in Italia e nel mondo, hanno permesso negli ultimi 15 anni notevoli progressi nella cura di questa malattia e prolungato l'aspettativa di vita di molte pazienti oncologiche^{10,11}.

In particolare, la terapia per le pazienti con cancro al seno include tre principali modalità di trattamento: il trattamento chirurgico, la chemioterapia (neoadiuvante e/o post operatoria) e la radioterapia.

La maggior parte delle pazienti riceve chemioterapia adiuvante per ridurre il rischio di recidiva dopo il trattamento chirurgico¹²⁻¹⁴. La chemioterapia comporta lunghi periodi di trattamento, ospedalizzazioni ripetute e una varietà di gravi effetti collaterali che condizionano pesantemente l'esistenza delle pazienti¹⁵⁻¹⁸.

Gli agenti chemioterapici comunemente utilizzati nel trattamento del tumore al seno (e.g. doxorubicin, cytoxan, taxotere) determinano una vasta gamma di effetti colla-

terali severi quali nausea, vomito, stanchezza, perdita di appetito e alopecia¹⁹⁻²¹.

Inoltre, gli importanti cambiamenti correlati alla diagnosi di cancro e al trattamento sono responsabili di una serie di alterazioni psicologiche importanti, prima tra tutte il rifiuto o la non accettazione dell'alterazione della propria immagine corporea. Quest'ultima riflette una percezione personale diretta e l'autovalutazione del proprio aspetto fisico; pensieri e sentimenti negativi relativi al proprio corpo (vergogna, perdita di fiducia in sé) indicano un disturbo dell'immagine del corpo e portano all'insoddisfazione di sé^{21,22}.

Le pazienti con cancro al seno sperimentano disagi di tipo fisico, emotivo e psicosociale in particolar modo collegati all'alopecia secondaria a chemioterapia (CIA) che, pur non essendo una condizione pericolosa per la vita ed un effetto collaterale transitorio, può minacciare la qualità della vita dei pazienti e la loro capacità di affrontare efficacemente il cancro e il suo trattamento^{23,24}.

La CIA è l'effetto collaterale più comune (interessa il 90% delle pazienti)²⁵ e più temuto del trattamento chemioterapico. E' correlata al tipo di farmaco utilizzato e al regime di trattamento e, ad oggi, non esistono farmaci per trattarla o prevenirla.

Tuttavia, nonostante lo sviluppo di strumenti affidabili e validi per misurare il distress da CIA, come la Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS)^{26,27}, resta scarsamente riconosciuto l'impatto che questa ha sulla vita delle pazienti con carcinoma mammario.

Pertanto, l'obiettivo di questa revisione è quello di identificare la relazione tra l'alopecia indotta da chemioterapia e il suo impatto sui vari aspetti della vita quotidiana in pazienti con carcinoma mammario.

METODI

Strategie di ricerca e banche dati consultate. Nei mesi di settembre-ottobre 2018 è stata condotta una ricerca della letteratura consultando le seguenti banche dati: MEDLINE, CINAHL, Scopus e Web of Science. Sono state utilizzate le parole chiave:

- Alopecia induced chemotherapy
- Alopecia
- Breast cancer
- Breast cancer chemotherapy.

Sono state analizzate le fonti bibliografiche degli articoli selezionati ed è stata eseguita una ricerca manuale degli articoli che non risultavano inclusi nella revisione poiché non pubblicati nell'arco temporale considerato (2008-2018).

Due revisori hanno selezionato indipendentemente gli articoli sulla base delle parole chiave, dei titoli e degli abstract. Successivamente hanno analizzato i full text di tutti gli articoli pertinenti all'obiettivo della revisione. Tutte le discrepanze sono state discusse e risolte in un meeting tra i ricercatori coinvolti.

Criteri di inclusione e di esclusione. Sono stati inclusi tutti gli studi primari e secondari pertinenti al quesito

di ricerca che disponevano dell'abstract comprendenti:

- tutte le pubblicazioni relative agli ultimi dieci anni;
- studi focalizzati a descrivere l'impatto dell'alopecia indotta da chemioterapia sulla qualità di vita, sulla percezione di sé e della propria immagine corporea delle donne affette da tumore al seno;
- studi volti a descrivere le conoscenze e le strategie di coping messe in atto dalle donne con esperienza di alopecia e gli interventi messi in atto dagli operatori sanitari che assistono tali donne.

Sono state applicate restrizioni temporali e linguistiche.

Studi elegibili ed inclusi. Sono stati identificati 730 risultati; al netto dei doppi, sono stati valutati 65 abstract e selezionati 19 studi. Dalla ricerca manuale, condotta a partire dalla bibliografia degli articoli selezionati, sono stati inclusi ulteriori 10 articoli, per un totale di 29 articoli.

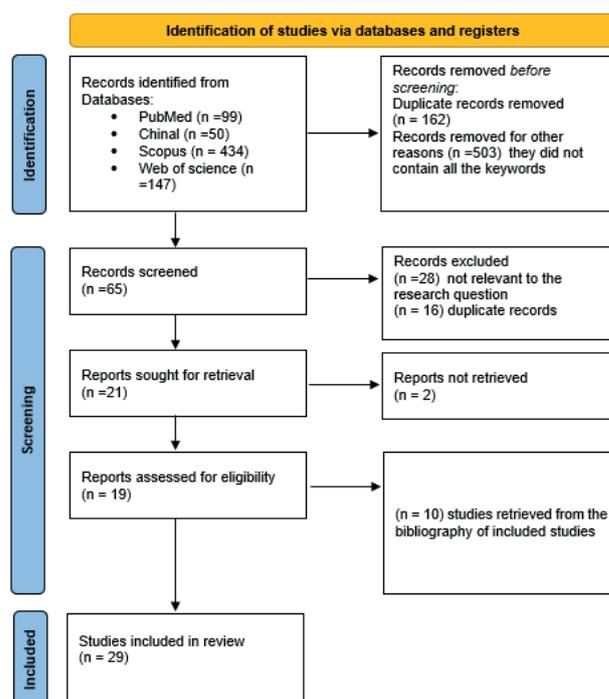


Figura 1. Prisma 2020 Flow diagram del processo di ricerca bibliografica. **Valutazione degli studi inclusi.** Gli studi sono stati valutati utilizzando i reporting guidelines dell'Equator Network (STROBE checklist per gli studi osservazionali, SRQR checklist per quelli qualitativi e PRISMA checklist per le revisioni della letteratura) per valutare se il disegno di studio dichiarato e quanto effettivamente condotto fossero congruenti; nel caso di incongruenze, veniva riportato il disegno di studio effettivamente realizzato. Sono state estratte informazioni relativamente a: autori, contesto geografico in cui lo studio è stato condotto, approccio di ricerca (per gli studi primari: qualitativo, quantitativo; per gli studi secondari: revisione sistematica, narrativa) (tabella 1).

RISULTATI

Studi emersi e loro principali caratteristiche. I risultati della ricerca condotta sono riassunti nel PRISMA Flow

Chart (Fig. 1). Sono emersi 29 studi di cui 24 primari. Di questi, 11 report hanno un approccio quantitativo e 3 sono riconducibili ad un mixed method (quali-quantitativi). Tra gli studi quantitativi sono stati individuati 2 studi di validazione linguistico-culturale della Chemotherapy Induced Alopecia Distress

Scale (CADS): dalla lingua Coreana all'Inglese e dall'Inglese all'Italiano. Nei rimanenti 9 studi quantitativi sono state condotte indagini trasversali che indagavano l'incidenza del distress da alopecia secondario a chemioterapia mediante l'utilizzo di questionari creati ad hoc. Gli studi qualitativi (10 totali) analizzano l'impatto psicosociale dell'alopecia. I 3 studi che utilizzano un approccio misto forniscono informazioni relative a strategie di coping anticipatorio per ridurre il distress da CIA e utilizzano questionari e interviste strutturate che indagano aspetti di natura psicosociale. Le fonti secondarie, 4 revisioni narrative e 1 sistematica, pongono l'accento sul ruolo giocato dall'alopecia (impatto psicologico, sociale e relativo alla qualità di vita, alterazione dell'immagine corporea, correlazione del fenomeno con gli esiti sul paziente e sul personale infermieristico e medico).

Considerando la totalità degli studi emergono tre importanti tematiche:

1. vissuti esperienziali delle pazienti affette da tumore al seno con alopecia indotta da chemioterapia;
2. il distress provocato dall'alopecia su diversi aspetti della qualità di vita delle donne con CIA;
3. strategie di coping messe in atto e strumenti per valutare il distress da CIA.

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura condotta fa emergere che il tema della CIA è ampiamente trattato e che nonostante i progressi nel trattamento di molti effetti collaterali, rimane un problema difficile da risolvere. In particolare, la CIA è identificata come una delle prime cinque esperienze più sconvolgenti che le donne devono sopportare²³, più difficile da affrontare rispetto alla perdita del seno²⁸, capace di determinare il rifiuto del trattamento²⁹. I sintomi vissuti dalle donne sono congruenti con il tipo di trattamento ricevuto e la percezione dell'alopecia varia a seconda della gravità, della personalità e del contesto in cui le donne vivono^{15,30,31}. I capelli, infatti, sono da sempre considerati un simbolo di vita e di identità e giocano un importante ruolo nella società. Essi riflettono la classe sociale, il sesso, la professione, la religione e le convinzioni sociali e politiche²⁹. Per molte donne la loro perdita simboleggia la perdita della vitalità, della forza fisica, della salute e della femminilità ed è un rimando costante alla malattia e ai trattamenti:

*"The night that I lost my hair I felt very bad... I had a panic attack... for a woman it is different... it is like a trauma (...)"*³² [...]

*"The evening [I lost my hair] I felt deprived of my femininity"³² [...] "I had a feeling of disgust. Because I had the impression I was looking at the results of my illness. I could see it and I didn't want to see it. I was looking at something negative"*³³

Per altre donne, invece, la CIA non è associata alla sofferenza, ma è vissuta come un'inevitabile conseguenza del trattamento, un passo necessario per essere curati e per guarire:

*"I didn't really suffer from my loss of hair, I wanted to get better and I didn't give a stuff about hair loss. Some people make a big thing about it, but I don't see any problem, it grows back after chemotherapy. Nothing matters, it's like fatigue, it's temporary, a difficult period to get through, the price you have to pay for being treated"*³³

In particolare, la maggior parte delle donne intervistate, consapevoli dell'alopecia secondaria al trattamento chemioterapico, hanno riferito di aver adottato una serie di strategie per fronteggiare questo problema^{34,35}.

In alcuni casi, queste sono state adottate ancor prima del manifestarsi dell'evento, come, ad esempio, il taglio preventivo dei capelli³⁶. Quest'azione, inoltre, ha profonde conseguenze ed è spesso vissuta come una vera e propria mutilazione:

*"Having my hair cut had a stronger impact than chemo, I felt myself to be mutilated!"*³²

Nella maggior parte dei casi la prima strategia messa in atto è quella di "camuffare" l'alopecia utilizzando parrucche, cappelli o foulard. L'azione di nascondere, invece, è diretta ai propri cari: li protegge dagli sguardi inopportuni delle persone:

*"I bought a wig, but I didn't wear it at home. Just to go out, and even then I only did it to protect my children from other people's remarks. I knew it upset them for other people to see me without hair"*³³ [...]

Solo una minoranza di donne preferisce banalizzare il problema e rifiuta l'utilizzo di parrucche:

*"When it [hair] fell out, I joked about it: 'I don't have to worry about shampooing and hairdressing anymore' I said"*³²

Nonostante le strategie messe in atto, l'alopecia genera distress e determina sofferenze fisiche, psicologiche e sociali. Le sofferenze fisiche riguardano irritazioni e dolore al cuoio capelluto, emicrania provocata dallo scalp-cooling, lacrimazione agli occhi e perdite delle ciglia:

*"They started giving me cold caps, but towards the end I couldn't stand them any longer, they were very heavy, very cold, and I had headaches so I stopped. And as I was losing my hair anyway, I thought 'I may as well lose it all'. So I bought a wig"*³³

Le donne con CIA sono provate emotivamente e psicologicamente, preferiscono nascondere la malattia a conoscenti ed amici perché la "diversità" genera commenti, sguardi inopportuni e sentimenti di pietà:

*"Although I wear a wig or a bandana, I still feel anxious when I walk on the street, go to the grocery store, or pick up my kids from school ... I am afraid that somebody might find out that I am a cancer patient ... I do not want other people know about my disease"*²⁴

*"The worst part of my experience with the chemotherapy is to explain it to my 10-year-old son. He worries about me ... sometimes I find him standing beside my bed in the middle of the night, he looks at me and asks me if I am okay. He has been very disturbed by all this."*³⁷

Queste donne, inoltre, sperimentano anche sofferenze di tipo sociale. Molte di loro riferiscono di essere limitate nelle normali attività quotidiane (i.e: uscire, fare shopping, fare sport) per la paura o l'ansia di perdere la parrucca o far cadere il foulard:

*"My social life has totally changed; I avoided people for fear of being the object of their compassion ..."*³⁷

Nonostante le innumerevoli problematiche connesse alla CIA, ad oggi, l'unico strumento disponibile per oggettivare in senso multidimensionale il distress da CIA è la Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS)²⁶, recentemente validato e adattato al contesto italiano²⁷.

Semberebbero essere molto utili anche sistemi di imaging computerizzato³⁹ e l'utilizzo dello scalp cooling^{40,41} durante il trattamento chemioterapico.

È verosimile, tuttavia, che infermieri, medici e pazienti percepiscono in modo diverso gli effetti collaterali della chemioterapia; in particolar modo, la CIA è sottostimata dai clinici⁴². Spesso la mancanza di informazioni e il limitato supporto sociale, associato allo stigma del cancro, rendono difficile superare il trauma dell'alopecia^{43,44}:

*"I will get chemo next week, so far; I did not get any information about alopecia at the hospital. It would be helpful if clinicians tell me how to prepare and manage it."*²⁴

L'identificazione e la gestione dei bisogni di assistenza delle donne con una diagnosi pregressa di cancro al seno sono rilevanti sia per gli specialisti che per un'ampia varietà di clinici e operatori sanitari affini. Una buona assistenza di supporto, una corretta informazione sulla CIA, l'utilizzo della medicina narrativa e quindi l'ascolto delle storie di questi pazienti, non solo possono migliorare la qualità della vita ma anche gli esiti di sopravvivenza^{45,46,38}

CONCLUSIONI

Questa revisione di letteratura sottolinea la necessità di affrontare in modo proattivo il trattamento di uno tra gli effetti collaterali più grave, sperimentato dalla maggior parte delle donne, con diagnosi di tumore al seno. Le donne classificano la perdita dei capelli come il secondo più grave effetto collaterale del trattamento chemioterapico. Il cambiamento nell'aspetto fisico rende visibile lo stato di malattia a sé stesse e agli altri, impattando sulla qualità di vita e sulle relazioni sociali.

Le strategie messe in atto dalle donne di nascondere o camuffare la perdita dei capelli non sempre risultano essere vincenti. Comprendere che le donne usano delle strategie di coping anticipatorie per migliorare il loro senso di controllo potrebbe essere una importante risorsa per medici e infermieri, che molto spesso sottostimano il problema dell'alopecia. Inoltre, l'introduzione nella pratica clinica di scale di valutazione permetterebbe di stimare l'incidenza del distress correlato ad alopecia indotta da chemioterapia nella qualità di vita delle donne con tumore al seno.

BIBLIOGRAFIA

1. Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, Hankey BF, Singh GK, Lin YD, Goodman MT, Lynch CF, Schwartz SM, Chen VW, Bernstein L, Gomez SL, Graff JJ, Lin CC, Johnson NJ, Edwards BK. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control*. 2009;20(4):417-435.
2. Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(S3):43-46.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-E386.
4. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer*. 2001;94(2):153-156.
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424
6. WHO | Breast cancer: prevention and control. WHO. 2016. <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>. Accessed December 19, 2018.
7. AIRTUM Working Group, Busco S, Buzzoni C, Mal-lone S, Trama A, Castaing M, Bella F, Amodio R, Bizzoco S, Cassetti T, Cirilli C, Cusimano R, De Angelis R, Fusco M, Gatta G, Gennaro V, Giacomini A, Giorgi Rossi P, Mangone L, Mannino S, Rossi S, Pierannunzio D, Tavilla A, Tognazzo S, Tumino R, Vicentini M, Vitale MF, Crocetti E, Dal Maso L. Italian cancer figures-Report 2015: The burden of rare cancers in Italy. *Epidemiol Prev*. 2015;40(1 Suppl 2):1-120.
8. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, Mandelblatt JS, Yakovlev AY, Habbema JD, Feuer EJ; Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Collaborators. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(17):1784-1792.
9. Puliti D, Miccinesi G, Collina N, De Lisi V, Federico M, Ferretti S, Finarelli AC, Foca F, Mangone L, Naldoni C, Petrella M, Ponti A, Segnan N, Sigona A, Zarcione M, Zorzi M, Zappa M, Paci E; IMPACT Working Group. Effectiveness of service screening: a case-control study to assess breast cancer mortality reduction. *Br J Cancer*. 2008;99(3):423-427.
10. Rahimzadeh M, Baghestani AR, Gohari MR, Pourhoseingholi MA. Estimation of the cure rate in Ira-

- nian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(12):4839-4842.
11. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Mariotto A, Feuer EJ, Edwards BK eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2001. Bethesda: National Cancer Institute; 2004.
 12. López-Tarruella S, Martín M. Recent advances in systemic therapy. Advances in adjuvant systemic chemotherapy of early breast cancer. *Breast Cancer Res*. 2009;11(2):204.
 13. Gandhi S, Fletcher GG, Eisen A, Mates M, Freedman OC, Dent SF, Trudeau ME. Adjuvant chemotherapy for early female breast cancer: a systematic review of the evidence for the 2014 Cancer Care Ontario systemic therapy guideline. *Curr Oncol*. 2015;22(Suppl 1):S82-94.
 14. Bicakli DH, Varol U, Degirmenci M, Tunalı D, Cakar B, Durusoy R, Karaca B, Ali Sanlı U, Uslu R. Adjuvant chemotherapy may contribute to an increased risk for metabolic syndrome in patients with breast cancer. *J Oncol Pharm Pract*. 2016;22(1):46-53.
 15. Choi EK, Kim IR, Chang O, Kang D, Nam SJ, Lee JE, Lee SK, Im YH, Park YH, Yang JH, Cho J. Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2014;23(10):1103-1110.
 16. Kennedy F, Harcourt D, Rumsey N, White P. The psychosocial impact of ductal carcinoma in situ (DCIS): A longitudinal prospective study. *The Breast*. 2010;19(5):382-387.
 17. Senf B, Brandt H, Dignass A, Kleinschmidt R, Kaiser J. Psychosocial distress in acute cancer patients assessed with an expert rating scale. *Support Care Cancer*. 2010;18(8):957-965.
 18. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;110(1):9-17.
 19. Fall-Dickson JM, Rose L. Caring for patients who experience chemotherapy-induced side effects: the meaning for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 1999;26(5):901-7.
 20. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008;8:330.
 21. Stokes R, Frederick-Recascino C. Women's perceived body image: relations with personal happiness. *J Women Aging*. 2003;15(1):17-29.
 22. Sarwer DB, Cash TF. Body image: interfacing behavioral and medical sciences. *Aesthet Surg J*. 2008;28(3):357-358.
 23. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology*. 2008;17(4):317-328.
 24. Kim IR, Cho J, Choi EK, Kwon IG, Sung YH, Lee JE, Nam SJ, Yang JH. Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4):1383-1388.
 25. Nozawa K, Shimizu C, Kakimoto M, Mizota Y, Yamamoto S, Takahashi Y, Ito A, Izumi H FY. Quantitative assessment of appearance changes and related distress in cancer patients. *Psychooncology*. 2013;22(9):2140-2147.
 26. 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 Off J Eur Soc Med Oncol*. 2014;25(2):346-351.
 27. Grugnetti AM, Arrigoni C, Fusco MA, Magon A, Sgarrella A, Gallotti ML, Grugnetti G, Caruso R. [Italian Version of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (I-CADS): linguistic cultural adaptation, content validity and psychometrics assessment.]. *Recenti Prog Med*. 2018;109(3):174184.
 28. Freedman TG. Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nurs*. 1994;17(4):334.
 29. Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care--a literature study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2001;10(3):147-163.
 30. Boehmke MM, Dickerson SS. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nurs*. 2005;28(5):382-389.
 31. Tierney AJ, Taylor J, Closs SJ. Knowledge, expectations and experiences of patients receiving chemotherapy for breast cancer. *Scand J Caring Sci*. 1992;6(2):75-80.
 32. Zannini L, Verderame F, Cucchiara G, Zinna B, Alba A, Ferrara M. 'My wig has been my journey's companion': perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia'. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(5):650-660.
 33. Rosman S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns*. 2004;52(3):333-339.
 34. Reis APA, Gradim CVC. Alopecia in breast cancer. *J Nurs UFPE line - ISSN 1981-8963*. 2018;12(2):447-455.
 35. Trusson D, Pilnick A. The Role of Hair Loss in Cancer Identity. *Cancer Nurs*. 2017;40(2):E9-E16.
 36. Frith H, Harcourt D, Fussell A. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(5):385-391.
 37. Richer M-C, Ezer H. Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(1):113-119.
 38. Rosenblatt L. Being the monster: women's narratives of body and self after treatment for breast cancer. *Med Humanit*. 2006;32(1):53-56.
 39. McGarvey EL, Leon-Verdin M, Baum LD, Bloomfield

- K, Brenin DR, Koopman C, Acton S, Clark B, Parker BE Jr. An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia. *Psychooncology*. 2010;19(7):756-766.
40. Hurk CJ van den, Mols F, Vingerhoets AJ, W.P. Breed. Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients. *Psychooncology*. 2010;19(7):701-709.
41. Roe H. Chemotherapy-induced alopecia: advice and support for hair loss. *Br J Nurs*. 2011;20(10):S4-11.
42. Mulders M, Vingerhoets A, W. Breed. The impact of cancer and chemotherapy: perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(2):97-102.
43. Pierrisnard C, Baciuchka M, Mancini J, Rathelot P, Vanelle P, Montana M. Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations. *Breast Cancer*. 2018;25(3):303-308.
44. Helms RL, O'Hea EL, Corso M. Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med*. 2008;13(3):313-325.
45. Zdenkowski N, Tesson S, Lombard J, Lovell M, Hayes S, Francis PA, Dhillon HM, Boyle FM. Supportive care of women with breast cancer: key concerns and practical solutions. *Med J Aust*. 2016;205(10):471-475.
46. Kang D, Choi EK, Kim IR, Nam SJ, Lee JE, Im YH, Ahn JS, Park YH, Cho J. Distress and body image due to altered appearance in posttreatment and active treatment of breast cancer patients and in general population controls. *Palliat Support Care*. 2018;16(02):137-145.

Tabella 1. Articoli selezionati

Title Study and Author	Country	Report	Study Design
"An exploratory study to assess perceived body image among breast cancer patients with alopecia, undergoing chemotherapy in selected hospitals of Ludhiana, Punjab" Rani et al., 2016	Ludhiana, Punjab	Quantitative	Descriptive explorative
"Italian Version of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (I-CADS): linguistic cultural adaptation, content validity and psychometrics assessment" Grugnetti et al., 2018	Pavia, Italy	Quantitative	Linguistic and Cultural Validation
"Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy" Carelle et al., 2002	Paris, France	Quantitative	Descriptive explorative
"Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients" Cho J. et al., 2014	Korea	Quantitative	Linguistic and Cultural Validation
"Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients" van den Hurk et al., 2010	Eindhoven, Netherlands	Quantitative	Cross-sectional
"Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients" Choi et al., 2014	Seoul, Korea	Quantitative	Multicenter Explorative study
"Quantitative assessment of appearance changes and related distress in cancer patient". Nozawa et al., 2013	Tokyo, Japan	Quantitative	Cross-sectional
"The impact of cancer and chemotherapy: perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians" Mulders et al., 2008	Eindhoven, Netherlands	Quantitative	Descriptive
"Distress and body image due to altered appearance in posttreatment and active treatment of breast cancer patients and in general population controls" Kang et al., 2018	Seoul, Korea	Quantitative	Cross-sectional
"Chemotherapy-Induced Alopecia, Body Image and Psychological Distress in Women with Breast Cancer: A Prospective Study" Choi et al., 2011	Seoul, Korea	Quantitative	Prospective Cross-sectional
"Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations" Pierrisnard et al., 2017	France	Quantitative	Descriptive explorative
"Alopecia in breast cancer" Reis et al., 2018	Brasil	Qualitative	Phenomenological

<i>"Being the monster: women's narratives of body and self after treatment for breast cancer"</i> Rosenblatt et al., 2006	Boston, USA	Qualitative	Phenomenological
<i>"Body image issues in women with breast cancer"</i> Helms et al., 2008	France	Qualitative	Explorative
<i>"Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia"</i> Rosman, 2004	France	Qualitative	Explorative, Glaser and Strauss Approach
<i>"Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy"</i> Richer et al., 2002	Seoul, Korea	Qualitative	Descriptive explorative
<i>"My wig has been my journey's companion': perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia"</i> Zannini et al., 2012	Sciacca, Italy	Qualitative	Explorative, phenomenological approach
<i>"Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: a qualitative study"</i> Kim et al., 2012	Seoul, Korea	Qualitative	Descriptive explorative
<i>"Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer"</i> Freedman, 1994	Philadelphia, USA	Qualitative	Descriptive explorative
<i>"Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities"</i> Boehmke et al., 2005	Buffalo, NY	Qualitative	Phenomenological
<i>"The Role Of Hair Loss In Cancer Identity: Perceptions Of Chemotherapy- Induced Alopecia Among Women Treated For Early-Stage Breast Cancer Or Ductal Carcinoma In Situ"</i> Trusson et al., 2017	Nottingham UK	Qualitative	Descriptive explorative
<i>"An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia"</i> Mcgarvey et al., 2010	Boston Massachusetts	Mixed method	Descriptive explorative
<i>"Knowledge, Expectations and Experiences of Patients receiving Chemotherapy for Breast Cancer"</i> Tierney et al., 1992	Edinburgh, Scotland	Mixed method	Descriptive explorative
<i>"Helping Women with Breast Cancer to Cope with Hair Loss: An eSIT Protocol"</i> Villabi et al., 2016	Italy	Mixed method	Protocol
<i>"Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer"</i> Frith et al., 2007	Bristol, UK	Review	--
<i>"Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review"</i> Lemieux et al., 2008	Québec, Canada	Review	--
<i>"Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approach"</i> Hesketh et al., 2004	Boston, USA	Review	--
<i>"Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care—a literature study"</i> Batchelor et al., 2001	Bristol UK	Review	--
<i>"Supportive care of women with breast cancer: key concerns and practical solutions"</i> Zdenkowsk et al., 2016	Australia	Review	--

Idrosadenite suppurativa, una malattia dermatologica rara Hydrosadenitis suppurativa, a rare dermatologic disease

Rosa Colella¹; Angela De Mola²

¹Infermiera di Ricerca Phase I Clinical Trial, infermiera specialista in Wound Care - Unit and Experimental Therapy, Scientific Department. IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

²Infermiera specialista in Vulnologia, Esperta in Ricerca Qualitativa, U.O. Medicina Interna, Poliambulatori Specialistici, ASST Crema Ospedale Maggiore

Riassunto

L'idrosadenite suppurativa (HS) è una malattia cronica, infiammatoria, recidivante della pelle, non di natura neoplastica. Si presenta sotto forma di lesioni dolorose, infiammate o anche maleodoranti secernenti, ubicate in profondità nelle zone del corpo che ospitano le ghiandole apocrine, quali le regioni ascellare, inguinale, genitofemorale, glutea, perineale e intramammaria (Fig.1). Secondo dati epidemiologici, l'HS può considerarsi una malattia rara, visto che su scala globale, la prevalenza è stimata tra 1% e il 4%, con un'incidenza rilevata di 11,4 casi su 100.000 persone negli Stati Uniti.

Parole chiave: Hydrosadenitis suppurativa; Wound Care; Management.

Abstract

Hydrosadenitis suppurativa (HS) is a chronic, inflammatory, recurrent disease of the skin, not neoplastic in nature. It presents as painful, inflamed or even malodorous secreting lesions located deep in areas of the body that harbor apocrine glands, such as the axillary, inguinal, genitofemoral, gluteal, perineal and intramammary regions. According to epidemiological data, HS can be considered a rare disease, as on a global scale, the prevalence is estimated to be between 1-4 % with a detected incidence of 11.4 cases per 100,000 people in the United States.

Keywords: Hydrosadenitis suppurativa; Wound Care; Management.

Introduzione

L' HS denominata anche apocrinite, acne inversa, o malattia di Verneuil, si manifesta generalmente all'età di circa 20 anni, ma può insorgere a qualunque età. La prevalenza di tale malattia tendenzialmente diminuisce all'aumentare dell'età del paziente, generalmente dopo i 50-55 anni (1). Sebbene le cause esatte di questa patologia, siano tuttora incerte, è stato dimostrato che, la formazione di un tappo di cheratina nei follicoli sia un fenomeno iniziale e che la formazione delle ghiandole apocrine, una caratteristica secondaria. Si ritiene che, tale ostruzione possa verificarsi quando il sudore rimane intrappolato nei condotti delle ghiandole sudoripare, infiammando la parte interessata e

infine produrre effetti come: scoppio o ascessi. Altre prove suggeriscono un'alterazione del microbioma all'interno delle lesioni di HS; i batteri rilasciati nel derma in seguito alla rottura delle unità pilosebacee portano a risposte infiammatorie locali. Questi batteri sono difficili da eradicare e se non trattati con pulizia della ferita, formano biofilm, il quale leggerà irreversibilmente ai tunnel dermici e ai follicoli piliferi, sostenendo l'infiammazione cronica (1). Una volta che il processo infiammatorio si è attenuato, le lesioni guarite possono presentarsi con fibrosi, stenosi e cicatrici.

La diagnosi di Idrosadenite suppurativa non è molto semplice, si basa fundamentalmente su esame obiettivo, storia familiare di HS o insorgenza ricorrente di lesioni cutanee in sedi atipiche. Ad oggi, tuttavia, non ci sono esami diagnostici specifici (1,2). In ogni caso, la malattia non è contagiosa, non è causata da infezioni e non è dovuta a una scarsa igiene personale.

Scale di valutazione della gravità della idrosadenite suppurativa. Tra le scale di valutazione usate per valutare questa patologia, abbiamo la scala di Hurley, Punteggio Sartorius, PGA (Physician Global Assessment) e (Patient Global Assessment), l'HSSI (Hidradenitis Suppurativa Severity Index), HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response) e l' AISI (Acne Inversa Severity Index).

La scala di Hurley risulta essere la scala di valutazione maggiormente usata e comprende 3 stadi:

1. Lo stadio I si presenta sotto forma di lesioni isolate, senza tragitti fistolosi e cicatrici
2. Lo stadio II è caratterizzato da uno o più ascessi ricorrenti con cicatrizzazione e formazione di tragitti fistolosi.
3. Lo stadio III si manifesta con tratti interconnessi e ascessi multipli che interessano un'area estesa.

Correlazione di HS e altre patologie. Evidenze scientifiche dimostrano che esiste un' associazione tra HS e numerose malattie concomitanti e secondarie, quali: obesità, sindrome metabolica, malattie infiammatorie intestinali (morbo di Chron), carcinoma a cellule squamose, pioderma gangrenoso, sindrome SAPHO (sinovite, acne, pustolosi palmare-

plantare, iperostosi, osteite), cisti pilonidali, sindrome di Behçet, spondiloartropatia, pachionichia congenita, malattia di Dowling- Degos, sindrome cheratite-ittiosi-sordità e sindrome di Down, artrite reumatoide (1). È stata riscontrata un'associazione di HS con patologie neoplastiche, in modo particolare HS con linfoma (1).

Uno studio di coorte ha osservato un aumento del rischio di eventi cerebrovascolari e cardiovascolari, in pazienti con HS, con un'incidenza pari al 23%, rispetto al gruppo di controllo. È buona pratica clinica, pertanto, che tali pazienti, siano sottoposti ad un maggiore attenzione ed esami di screening mirati, per identificare diagnosi precoce e fare quindi prevenzione primaria (1). Anche la disfunzione ormonale è coinvolta nella patogenesi dell'HS; sono state rilevate correlazioni tra HS, obesità e sindrome metabolica (1). Una revisione sistematica del 2019 e ad una meta-analisi comprendente ben 12 studi, ha evidenziato una percentuale significativamente più alta di diabete mellito in pazienti con HS, relativamente al gruppo di controllo (2). Infine, un'analisi trasversale condotta negli Stati Uniti, ha evidenziato una correlazione tra sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) e HS.

HS pediatrico e in gravidanza. La letteratura descrive che il trattamento dell'HS pediatrico è limitato, numerosi autori raccomandano un monitoraggio endocrinologico, in relazione ad insorgenza di sindrome metabolica e pubertà precoce. Le linee guida nordamericane raccomandando di evitare il trattamento con tetracicline nei bambini di età inferiore a 9 anni e acitretina in pazienti femmine durante l'età fertile, per altre considerazioni il trattamento è simile a quello degli adulti. Per le donne in gravidanza, evitare antibiotici sistemici e la maggior parte dei farmaci immunosoppressori, cercare di limitarsi a trattamenti topici come prima linea di trattamento e procedure in sicurezza per via sistemica come seconda linea di trattamento (3).

Interventi non farmacologici. La cessazione del fumo è incoraggiata in tutte le linee guida come terapia adiuvante per l'HS, È stato suggerito che gli alcaloidi presenti nelle sigarette siano in grado di favorire la proliferazione dello *Staphylococcus aureus* quindi di modificare il microbioma. Anche la riduzione del peso è universalmente raccomandata, poiché un BMI più elevato è stato associato a una maggiore gravità dell'HS, raccomandanti screening regolari per l'obesità e la sindrome metabolica.

Alimentazione e HS. Le linee guida nordamericane del 2019 affrontano le modifiche dietetiche per l'HS, ma nel 2020 sono emersi maggiori studi sull'impatto dell'alterazione della dieta sull'HS. Narla et al, riferiscono che un maggiore consumo di grassi saturi e di grassi polinsaturi ha portato a un peggioramento dell'HS, mentre una dieta di

tipo Mediterranea ha portato a un miglioramento dell'HS (4). Si ritiene che lo zinco svolga un ruolo antinfiammatorio che può fungere da efficace trattamento aggiuntivo nell'HS. Supplementi a base di ossido di Zinco sono stati raccomandati in quattro Linee guida pubblicate negli ultimi 5 anni con dosaggi da 90 mg/die (3), le stesse supportano anche la supplementazione con vitamina D per favorire la stimolazione dell'immunità innata cutanea e la modulazione della proliferazione dei cheratinociti e del ciclo di crescita dei capelli, anche se precisa prove poco sufficienti a raccomandarne l'uso (2). La rasatura e l'uso di depilatori chimici, deodoranti e talco, hanno dimostrato di non avere alcun ruolo come fattori causali nella patogenesi dell'HS (1), è stato segnalato invece che indossare abiti molto aderenti aumenta il numero di lesioni infiammatorie e indossare abiti larghi più comodi contribuisce a ridurre i sintomi (1).

Dolore e aspetto psicologico. Il dolore rappresenta uno dei sintomi più debilitanti di HS. Una revisione della letteratura ha caratterizzato due tipi distinti di dolore: acuto e cronico. Il dolore acuto deriva da cisti infiammatorie, noduli e ascessi che si evolvono rapidamente, questo si presenta come dolore neuropatico, caratterizzato da bruciore, dolore tensivo, trafittivo. Il dolore cronico è associato a HS di grado più avanzato, ed è un dolore nocicettivo, dipendente dallo stimolo, caratterizzato da parestesie, formicolii, pulsazione. Si è osservato che una buona parte dei pazienti trovano sollievo con Paracetamolo e tramadolo, alcuni si affidano a metodi alternativi, tipo applicazione di ghiaccio, con scarsi benefici. Le linee guida americane suggeriscono anche l'applicazione di Lidocaina al 5% unguento e diclofenac 1% gel (5). Dunque, per l'espressione con cui si manifesta la patologia, si ha una compromissione della qualità di vita non indifferente, che comporta depressione, stigmatizzazione, inattività, disabilità lavorativa, compromissione della salute sessuale. Occorre sempre valutare la figura di uno psicologo per poter affrontare il percorso clinico.

TRATTAMENTO

Il trattamento della Idrosadenite suppurativa dipende dal grado di gravità della patologia.

Terapie chirurgiche:

- Incisione semplice con drenaggio.
- Procedure chirurgiche complesse, che richiedono un rivestimento con lembi o innesti cutanei, hanno mostrato tassi di recidive più basse se confrontati con le escissioni parziali con sutura primaria.
- L'elettrochirurgia: ha determinato tassi di guarigione elevati nei pazienti con HS allo stadio I-II, l'escissione con peeling elettrochirurgico è una tecnica valida per il trattamento dei pazienti con HS allo stadio di Hurley II e III.

Il trattamento con laser a biossido di carbonio (CO₂) offre

un risultato rapido e incisivo, con un'impatto significativo sulla qualità della vita. La terapia fotodinamica (PDT), induce la necrosi selettiva delle cellule, rompe i biofilm e mostra effetti immunomodulatori, mentre la luce pulsata intensa (IPL) viene utilizzata con l'obiettivo di ridurre al minimo le recidive (2).

Terapia topica:

La cura locale delle ferite chirurgiche e non chirurgiche nell'HS è basata su principi della gestione delle lesioni, considerando Wound bed preparation e TIMERS. La scelta della medicazione considera la quantità di essudato, posizione anatomica, condizione della pelle perilesionale, medicazioni atraumatiche e assorbenti sono consigliate. L'uso della terapia a pressione negativa per lesioni aperte di grandi dimensioni può essere utile per un breve periodo di tempo (1-4 settimane), se consigliata da uno specialista esperto.

La clindamicina topica all'1% due volte al giorno per 12 settimane è considerata il trattamento di prima linea per lo stadio Hurley I-II, supportato da due studi randomizzati che hanno mostrato superiorità rispetto al placebo e uguaglianza alle tetracicline orali, anche se sono da considerare le resistenze batteriche. Resorcinolo, preparati topici a base di Ketoprofene (4,5), applicazione di pomate ad ossido di zinco, sono supportati da un parere di esperti. I lavaggi con clorexidina 0,05% o altri antisettici, sono indicati per ridurre al minimo la colonizzazione batterica e ridurre l'infiammazione (1).

Terapia sistemica:

Antibiotici. L'utilizzo associato di rifampicina e clindamicina ha dato buoni risultati per l'idrosadenite di varia classificazione. In caso di HS grave rifampicina, moxifloxacina e metronidazolo, si sono dimostrati molto efficaci, riportando in 16 pazienti su 28 la totale guarigione.

Immunosoppressori. Terapia con corticosteroidi sistemici, quali idrocortisone, desametasone e prendisolone vengono prescritti come terapia a breve termine o concomitante. La ciclosporina si è dimostrata molto efficace per dosi maggiori di 6 mg /kg giornalieri, mentre si è dimostrato molto limitato l'utilizzo di metotrexato, non riportando segni di guarigione significativi (5,4). L'immunomodulazione sta rapidamente diventando la pietra angolare della terapia per HS da moderata a grave, l'Adalimumab farmaco antitumorale per la cura della HS più usato (1).

CONCLUSIONI

L'infermiere o il professionista che sa riconoscere precocemente i segni e i sintomi della patologia, deve indirizzare la persona affetta dallo specialista dermatologo. Nella pianificazione assistenziale l'infermiere deve considerare l'aspetto psicologico, sociale, la gestione del dolore. Sulla base delle ultime evidenze scientifiche, consigliare un tipo

di alimentazione che possa supportare la guarigione. Tutte queste valutazioni permettono all'infermiere di sapere quali figure possono essere considerate e sono da coinvolgere nel team. Educare correttamente caregivers e familiari è importante per supportare il paziente. Un'altro fattore da considerare è l'onere economico, pazienti con HS presentano difficoltà nell'andare assiduamente a lavoro e nel trovare lavoro, o trovare un lavoro che possa adeguarsi alle proprie esigenze fisiche. Se il paziente è gestito in home care, è fondamentale instaurare un canale di comunicazione efficace con il medico di base. Inoltre, risulta fondamentale considerare l'aspetto sociale, economico e psicologico del paziente, al fine di valutare la compliance al piano terapeutico, valutare oltre la figura dello psicologo anche un'assistente sociale per casi sociali ed economici più particolari.

Bibliografia

1. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, Bibeau K, Kuo FI, Sturm D, Pandya AG. Psychosocial Effects of Vitiligo: A Systematic Literature Review. *Am J Clin Dermatol.* 2021 Nov;22(6):757-774.
2. Anduquia-Garay F, Rodríguez-Gutiérrez MM, Poveda-Castillo IT, Valdes-Moreno PL, Agudelo-Rios DA, Benavides-Moreno JS, Lozada-Martínez ID, Bolaño-Romero MP, Borraez-Segura B, Rahman S. Hidradenitis suppurativa: Basic considerations for its approach: A narrative review. *Ann Med Surg (Lond).* 2021 Aug 5;68:102679.
3. Hendricks AJ, Hsiao JL, Lowes MA, Shi VY. A Comparison of International Management Guidelines for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology.* 2021;237(1):81-96.
4. Narla S, Lyons AB and Hamzavi IH. The most recent advances in understanding and managing hidradenitis suppurativa [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research* 2020, 9(Faculty Rev):1049
5. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Societies (WUWHS), Congresso di Firenze, Documento di posizionamento. Informazioni sull'idrosadenite suppurativa. *Wounds International*, 2016.
6. Reddy S, Strunk A, Jemec GBE, Garg A. Incidence of Myocardial Infarction and Cerebrovascular Accident in Patients With Hidradenitis Suppurativa. *JAMA Dermatol.* 2020;156(1):65-71.
7. Hendricks AJ, Hsiao JL, Lowes MA, Shi VY. A Comparison of International Management Guidelines for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology.* 2021;237(1):81-96.

Gestione locale delle Ferite Maligne Fungiformi: revisione della letteratura e focus su PEBO assessment

Local management of Malignant Fungating Wounds: update and PEBO assessment

Rosa Colella¹; Angela De Mola²

¹Infermiera di Ricerca Phase I Clinical Trial, infermiera specialista in Wound Care - Unit and Experimental Therapy, Scientific Department. IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

²Infermiera specialista in Vulnologia, Esperta in Ricerca Qualitativa, U.O. Medicina Interna, Poliambulatori Specialistici, ASST Crema Ospedale Maggiore

Riassunto

Le ulcere neoplastiche conosciute anche con l'appellativo inglese di Malignant Fungating Wounds e Fungating Wounds, da cui derivano gli acronimi MFWs/FWs (**Ferite Maligne Fungiformi**) sono il risultato di cellule tumorali che si infiltrano e invadono il derma e l'epidermide, manifestandosi come una lesione necrotica esofitica, cioè fungiforme (da qui il termine fungating) e/o ulcerosa. La forma fungiforme e la proliferazione tumorale è legata alle regioni di ipossia tissutale e necrosi locale. L'ulcera neoplastica è una condizione molto dolorosa che si sviluppa principalmente nel trattamento oncologico di fine vita. Nella fase avanzata del cancro l'incidenza delle ulcere neoplastiche è di circa il 5% e l'aspettativa di vita stimata non supera i 6-12 mesi. Senza una strategia di trattamento interdisciplinare e individualizzata, i sintomi progrediscono e influenzano negativamente la qualità della vita della persona. L'articolo vuole proporre una revisione della letteratura relativa agli ultimi 10 anni riguardante le linee guida internazionali e gli approcci più idonei per un appropriato trattamento.

Parole chiave: Malignant Fungating Wound*; Wound Care; Wound management; cancerous wound*; Palliative.

Abstract

Neoplastic ulcers also known as Malignant Fungating Wounds and Fungating Wounds, from which the acronyms MFWs/FWs derived are the result of tumor cells infiltrating and invading the dermis and epidermis, manifesting as an exophytic necrotic lesion, fungiform (hence the term fungating) and/or ulcerative. The fungiform form and tumor proliferation is related to regions of tissue hypoxia and local necrosis. Cancerous Wounds is a very painful condition that develops mainly in end-of-life cancer treatment. In the advanced stage of cancer, the incidence of cancerous wounds is about 5%, and the estimated life expectancy does not exceed 6-12 months. Without an interdisciplinary and individualized treatment strategy, symptoms progress and negatively affect the person's quality of life. The article propose a literature review covering the past 10 years regarding international guidelines and the most appropriate

approaches for appropriate treatment.

Keywords: Malignant Fungating Wound*; Wound Care; Wound management; cancerous wound*; Palliative.

Introduzione

Sono gravi lesioni cutanee causate da qualsiasi tumore primitivo e compaiono in qualunque parte del corpo. I siti più frequenti per la presentazione sono il seno (49%), il collo (21%), il torace (18%) e la testa (13%). Si diffondono superficialmente oppure possono causare cavità, a volte profonde (1,2).

Circa il 5% dei pazienti con metastasi è a rischio di sviluppare MFW. La diagnosi delle MFW si basa su caratteristiche cliniche, come letto e bordi della ferita atipici, posizioni atipiche e resistenza alle terapie standard. Il letto della ferita appare esuberante, friabile, ematico, infiltrante e spesso ricoperto da pseudoepitelio, necrosi, fibrina, colonizzazione lenta e cronica (3,4) Fig. 1-2.

I bordi mostrano un aspetto ispessito o indebolito con o senza lesioni satelliti. Talvolta sono necessari esami diagnostici come biopsia cutanea o indagini radiologiche per un'adeguata valutazione. Queste ferite sono caratterizzate da cattivo odore ed essudato, dovuti alla presenza sinergica di batteri aerobi e anaerobi, e alla sofferenza tissutale legata alla neoplasia. Il trattamento di prima linea delle MFW consiste nell'intervento chirurgico, seguito da varie terapie secondarie come radioterapia, elettrochemioterapia, chemioterapie sistemiche, immunoterapie o terapie mirate.

Assessment delle MFW

Nell'assessment di questo tipo di lesioni, è molto importante considerare la sede anatomica, oltre al tipo di neoplasia da trattare: in prossimità dei grandi vasi si possono notare una progressiva necrosi del tessuto, dovuta allo schiacciamento delle principali arterie coinvolte, o diversamente se la MFW si trova in prossimità di vasi sanguigni importanti, possono verificarsi emorragie e sanguinamenti, che talvolta possono essere fatali. Per questo motivo, la registrazione della posizione della ferita e del rischio di emorragia o compressione ha molto valore, seguita da un piano di cura che

gestisca il rischio e prepari la persona e la famiglia a queste eventualità. Essendo le MFW costituite da tessuto neoplastico, dunque non sano, la cura mira a controllare i sintomi legati alla ferita, prevenire rischi emorragici e infettivi o, raramente, per accompagnare il processo di guarigione (2). L'obiettivo guarigione si può verificare nei casi in cui la neoplasia venga rimossa dopo trattamento di prima linea con chemioterapia, radioterapia e/o asportazione chirurgica. Lo sbrigliamento chirurgico e meccanico, le medicazioni aderenti e occlusive dovrebbero essere evitati poiché troppo aggressivi, o quantomeno limitati per prevenire il peggioramento del dolore e del sanguinamento.

Un metodo sistematico e strutturato di gestione delle ferite di difficile guarigione è stato adottato dall'International Advisory Board on Wound Bed Preparation 2003 che raccomanda di trattare tutte le ferite croniche secondo il principio TIME: T sta per debridement dei tessuti, il controllo delle infezioni, M gestione dell'umidità e E, gestione dei bordi della ferita (3), facendo però attenzione all'aspetto proliferazione, dunque fortemente controindicate medicazioni che stimolano la rigenerazione, in quanto in questo caso si va a stimolare tessuto neoplastico e quindi patologico. Pochi studi sono stati condotti per determinare il miglior trattamento topico per il controllo degli odori delle ferite neoplastiche. Tali ferite hanno generalmente grandi quantità di essudato e, quando non efficacemente controllato, diventa terreno di coltura per la proliferazione di batteri, contribuendo allo sviluppo di cattivi odori e macerazione della cute perilesionale, che a loro volta, contribuiscono all'estensione della lesione. Per l'assessment in letteratura sono descritte cinque scale di valutazione usate prevalentemente nei setting di cure palliative e ambulatori dedicati: Toronto Symptom Assessment System for Wounds (TSAS-W); Schulz Malignant Fungating Wound Assessment Tool; Wound Symptoms Self-Assessment Chart; TELER System. La più usata è la TSAS-W (4).



Fig. 1

Fig. 2

Fig. 1-2. In prossimità dei grossi vasi la neoplasia può favorire necrosi del tessuto per compromissione o grave emorragia.

Approccio locale delle ulcere neoplastiche: PEBO ASSESSMENT

Nel 2021, è stato proposto un approccio standardizzato e sinergico per la gestione e trattamento, tale da presentarsi

come una guida sintetica e pratica per i professionisti che si ritrovano a gestire questo tipo di ulcerazioni (6), basato sulla gestione del:

- Dolore
- dell'essudato
- del sanguinamento
- dell'odore

Sebbene gli studi siano in corso, non esistono prove sufficienti per fornire indicazioni chiare sulla gestione dei sintomi delle MFW, la gestione delle ferite consiste in medicazioni, che richiedono un materiale sottile ma assorbente per ottimizzare la mobilità, assorbire la grande quantità di essudato, e affrontare il problema dell'odore e dei frequenti cambi di medicazione (7). Il costo dei cambi della medicazione può essere elevato a causa della frequenza dei cambi richiesti. Nonostante i progressi nella gestione delle ferite, non esiste ancora un prodotto di medicazione ideale per la gestione delle MFW, ovviamente la valutazione è caso per caso (8).

- **Dolore:** come mostrato nella tabella, per quanto riguarda la gestione del dolore bisogna considerare che queste lesioni hanno un elevato impatto e alcune attenzioni sono doverose.

Importante tenere presente che spesso questo tipo di lesioni, presentano esposizione o stiramento di nervi legati alla compromissione neoplastica per cui il dolore può essere molto alto.

Per eseguire irrigazione, detersione, bisogna porre attenzione anche alla temperatura dei medicinali e liquidi utilizzati, possibilmente tiepidi e non troppo freddi. L'applicazione di impacco di lidocaina fiale o crema è il trattamento di prima linea, e in accordo con il medico si prosegue per l'assunzione di terapia sistemica analgesica, laddove necessario (9).

In sintesi (10):

- Considerare la temperatura di un prodotto o di una soluzione prima che venga applicato alla ferita.
- Evitare una pressione eccessiva da medicazioni o bende.
- Valutare il comfort dell'intervento e/o della medicazione/bende applicate dopo la procedura.
- Tecniche non farmacologiche più avanzate possono essere prese in considerazione e che richiedono una formazione specialistica o qualificata del professionista, come l'uso del tocco terapeutico.
- Consultare un medico di cure palliative per assistenza nella gestione del dolore da ferita.

- **Essudato.**

In alcuni casi le ulcere neoplastiche presentano un essudato abbondante, **talvolta superiore a un litro al giorno**. La sua gestione è complessa e di solito richiede frequenti cambi della medicazione, anche due volte al giorno, per evitare il rischio

di macerazione della pelle perilesionale che può contribuire all'ingrossamento della ferita. In alcuni casi l'applicazione di una sacca per stomia monopezzo sigillata collegata a una sacca di drenaggio ha consentito la raccolta dell'essudato e impedito la fuoriuscita di cattivi odori, con conseguente miglioramento della qualità della vita della persona (11). Fig. 3-4.

In sintesi (9,12):

- Le medicazioni a captazione batterica hanno un buon riscontro costo-beneficio, sia nella gestione dell'essudato che nella gestione della carica batterica.
- Le ulcere fortemente o moderatamente essudanti sono state gestite con medicazioni assorbenti.
- Le medicazioni in schiuma di poliuretano hanno un elevato assorbimento dell'essudato e un'elevata capacità di debridement tramite autolisi. Inoltre, evitano gli odori e mantengono intatta la cute perilesionale della ferita, e non provocano traumi durante la rimozione. Le schiume impregnate di argento sono utili per proteggere le ferite dalla colonizzazione batterica, dovuta al rilascio di argento ionico, e per gestire l'essudato da moderato a abbondante.



Fig.3-4

- **Sanguinamento:** per la gestione del sanguinamento, sono consigliati l'impacco con acido tranexamico, o utilizzo di medicazioni come alginato e tamponi. Anche qui la sede anatomica svolge un ruolo importante nella scelta delle medicazioni. In sedi come l'orecchio può essere opportuno utilizzare garze che non si sfaldano con rischio di lasciare residui, valutare utilizzo di garze a captazione batterica, così come nelle cavità e tunnelizzazioni.
- **Odore:** l'odore può essere causato dalla proliferazione di batteri anaerobi, legati al microambiente ipossico correlato alla massa neoplastica e caldo/umido. Per la gestione dell'odore, sono consigliate medicazioni al carbone attivo. L'utilizzo degli antibiotici è raccomandato solo se presente infezione profonda o sistemica, dunque non utili per questo sintomo, ma un'attenzione diversa si ha per un antibiotico mirato, il metronidazolo, che agisce direttamente sulla causa cioè la maggior parte della flora batterica anaerobica, causa del cattivo odore. Raccomandati impacchi di Metrodinazolo allo

0.75%-0.8% (2 volte al giorno) o endovena per ulcere di grosse dimensioni. Disponibili anche formulazioni in gel (13,14).

Per prevenire o gestire l'infezione o per favorire debridement autolitico, può essere consigliata crema con sulfadiazina d'argento 1%, tra gli antisettici più comuni Amukine med 0,5%, detergente tensioattivo con PHMB.

ACRONIMO	MFW LOCAL MANAGEMENT
DOLORE P	<ul style="list-style-type: none"> • IRRIGAZIONE delle ferite con SOLUZIONE SALINA /NO SOLUZIONE CITOSSICA • MEDICAZIONI NON ADERENTI • MEDICAZIONI AL SILICONE • ANESTETICO LOCALE (CREMA ALLA LIDOCAINA)
ESSUDATO E	<ul style="list-style-type: none"> • FREQUENTI CAMBI DI MEDICAZIONE • ALGINATO • IDROFIBRA • SCHIUME • MEDICAZIONI SUPERASSORBENTI
SANGUINAMENTO B	<ul style="list-style-type: none"> • COLLAGENE • ALGINATO • ACIDO TRANEXAMICO • SOFT DEBRIDEMENT
ODORE O	<ul style="list-style-type: none"> • METRONIDAZOLO GEL O UNGUENTO O ORALE • MEDICAZIONI ALL' ARGENTO, PHMB, MEDICAZIONE A CAPTAZIONE BATTERICA. • MEDICAZIONI AL CARBONE

Tab.1 Raffigurazione del PEBO assessment. (Janowska A, et al , 2021)

Una complicanza rara: la Miasi.

Miasi è un termine derivato dalla parola greca "myia", che significa invasione del tessuto vitale di esseri umani o animali da parte di larve di mosca. Hope descrisse la prima incidenza di questa parassitosi nel 1840. Il clima caldo e umido fornisce un ambiente favorevole alla crescita della mosca domestica, che depone le uova nei tessuti morti e in decomposizione come per le ferite fungine maligne (15). È stata segnalata la presenza di miasi in ferite fungine maligne, gengiva, cavità orale, carcinoma duttale invasivo della mammella, tracheostomia e organi interni come esofago e vie urinarie (7). Uno studio condotto su 25 pazienti adulti con cancro della testa e del collo avanzato che presentavano larve nella ferita, cavità orale o narice ha dimostrato che il trattamento sistemico con ivermectina, albendazolo e clindamicina (tripla terapia) insieme alla medicazione con olio di trementina migliora la rimozione dei parassiti. Tuttavia, sono necessari studi più solidi per stabilire l'efficacia della tripla terapia (16).

Cura della cute perilesionale.

Favorire l'idratazione e protezione della cute perilesionale aiuta a garantire il mantenimento dell'integrità cutanea, specialmente per i soggetti in trattamento con radioterapia, la protezione della cute integra è fondamentale per prevenire/ gestire le radiotermiti.

Riguardo a quest'ultime, le problematiche che possono insorgere in questi percorsi terapeutici, vanno dal semplice eritema cutaneo a danni più gravi derivanti dalle ustioni dovute ai raggi. Un elemento che non deve essere trascurato è certamente il dolore, presente in un'altissima percentuale degli assistiti in trattamento radioterapico. Il coinvolgimento dell'équipe di radioterapia è rilevante già dal momento

della presa in carico, perché solo così è possibile pianificare il percorso, informare ed educare la persona, personalizzando l'assistenza anche con il supporto di professionisti, quali dermatologi, nutrizionisti, specialisti in cure palliative, etc, in modo da poter consegnare materiale informativo e brochure come guida nel percorso di cura (17,18).

Un altro sintomo tipico e difficile da trattare nelle MFW è il **Prurito** perilesionale, provocato sostanzialmente dallo stiramento delle terminazioni nervose, dovuto alla massa neoplastica e edema. Può essere utile favorire la riduzione dell'edema circostante, attraverso l'utilizzo di medicazioni come iodopovidone gel 7-10%, che ha un'azione antinfiammatoria e di conseguenza anche antiedemigena, anche il miele medicale richiama osmoticamente liquidi dall'area circostante promuovendo la riduzione dei liquidi/fluidi, ma anche di anche mantenere umide le terminazioni nervose favorendo un'azione lenitiva (19). C'è da considerare però che il miele medicale stimola indirettamente la proliferazione, in questo caso neoplastico, per cui si consiglia solo per la fase di sbrigliamento e riduzione di edema.

In alcuni casi anche il drenaggio manuale della lesione può aiutare a diminuire l'edema più superficiale. Il trattamento farmacologico con Paroxetina, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina, e Gabapentin hanno dimostrato di essere benefici nei pazienti sottoposti a cure palliative, ovviamente questo trattamento è da discutere in collaborazione con il medico prescrittore (19).

Importanza della comunicazione ed educazione terapeutica nel paziente con una lesione neoplastica

Porre attenzione alla comunicazione è di fondamentale importanza per i professionisti che si prendono in carico persone con MFW(20), bisogna fare considerazione nel modulare il lessico, cercando di utilizzare parole che non sottolineino che la persona sia affetta da cancro o usare quando possibile sinonimi(es. secondarismi anziché neplasia secondaria), in modo tale da non utilizzare parole impattanti fra colleghi che potrebbero turbare ancora di più il paziente o avere un atteggiamento di supporto e accompagnamento della persona, ma soprattutto dei familiari /care givers nella gestione di una situazione così complessa. Non

è semplice per i professionisti sanitari individuare il tempo e le modalità migliori per affrontare una comunicazione difficile (21). Tuttavia, bisogna considerare che spesso gli assistiti sono costretti a cambi di medicazioni a domicilio, talvolta dagli stessi familiari, per cui considerare le risorse e disponibilità sul territorio, in considerazione sempre del costo-beneficio e soprattutto il carico emotivo correlato. Cercare di evitare modalità che portino ad un blocco comunicativo professionista -paziente, atteggiamenti di giudizio, superiorità, indifferenza, sono atteggiamenti che bloccano gli scambi comunicativi (21). La società italiana di cure palliative (SICP) ha pubblicato un documento denominato "GUIDA ALLA COMUNICAZIONE IN SITUAZIONI COMPLESSE UNA GUIDA PRATICA PER I PROFESSIONISTI SOCIO-SANITARI (22), che può essere un utile guida e un approfondimento, e sicuramente offre una panoramica completa sulla tematica.

Conclusioni

Gestire i sintomi e massimizzare il comfort sono gli obiettivi del trattamento delle MFW. Una valutazione completa della ferita, compresa la posizione, la quantità di essudato e il grado di odore, sono essenziali per determinare un trattamento appropriato. L'essudato abbondante e il cattivo odore sono i problemi principali per le persone che hanno una condizione terminale. L'approccio PEBO ha semplificato gli aspetti complessi di questo tipo di ulcera e potrebbe aiutare i medici, gli infermieri e anche il resto del team, compresi le loro famiglie, nelle cure palliative multidisciplinari delle MFW. L'aspetto nutrizione è molto importante e spesso sottovalutato, poiché queste lesioni, come sovradescritto, spesso presentano molto essudato dunque attività cellulare intensa, che richiede un apporto di liquidi e nutrienti adeguati. La comunicazione e sostegno al paziente e al caregiver è un aspetto cardine della gestione per accompagnare le persone affette da questi gravi problemi. Fondamentale considerare l'aspetto multidisciplinare con la presenza del palliativista, psicologo, nutrizionista, assistente sociale, Infermiere specialista in Wound Care all'interno di un percorso palliativo, che può migliorare l'esperienza per tutti i soggetti coinvolti e migliorare la qualità della vita della persona.

Bibliografia

1. O'Neill L, Nelson Z, Ahmad N, Fisher AH, Denton A, Renzi M, Fraimow HS, Stanisce L. Malignant Fungating Wounds of the Head and Neck: Management and Antibiotic Stewardship. *OTO Open* 2022;6(1).
2. Nicodème M, Dureau S, Chéron M, Kriegel I, Trenchand M, Bauër P, Fromantin I. Frequency and Management of Hemorrhagic Malignant Wounds: A Retrospective, Single-Center, Observational Study. *J Pain Symptom Manag* 2020.
3. You M, Zhang S, Ma X, Liu H, Lu Y, Li Y. Nursing of a Non-Hodgkin's Lymphoma Patient with a Facial Malignant Fungating Wound. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2021;8(5):581-5.
4. Maida V, Ennis M, Kuziemy C. The Toronto Symptom Assessment System for Wounds. *Adv Ski Amp Wound Care* 2009 ;22(10):468-74.
5. European Oncology Nursing Society- EONS (2015). Recommendations for the Care of patients with Malignant Fungating Wounds. 1st ed.
6. Janowska A, Davini G, Dini V, Iannone M, Morganti R, Romanelli M. Local Management of Malignant and Unresectable Fungating Wounds: PEBO Assessment. *Int J Low Extremity Wounds* 2021 ;153473462110534.
7. Ghaly P, Kim YD, Iliopoulos J, Ahmad M. The management of malignant lower limb ulcers: clinical considerations. *Br J Nurs* 2020; 29(15):S34—S40.
8. Agra G, Ferreira TM, Oliveira DM, Nogueira WP, Brito DT, Oliveira PS, De Andrade FL, Gomes RF, Lima NB, Pimentel ER, Diniz IV, Santos JP, Souza FO, Costa MM. Neoplastic wounds: controlling pain, exudate, odor and bleeding. *Int Arch Med* 2017;10.
9. Finlayson K, Teleni L, McCarthy A. Topical Opioids and Antimicrobials for the Management of Pain, Infection, and Infection-Related Odors in Malignant Wounds: A Systematic Review. *Oncol Nurs Forum* 2017 ;44(5):626-32.
10. Luo B, Xiao Y, Jiang M, Wang L, Ge Y, Zheng M. Successful management of exudate and odor using a pouch system in a patient with malignant facial wound: A case report. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2022 Feb 24;9(4):236-241.
11. Augustin M, Keuthage W, Lobmann R, Lützkendorf S, Groth H, Möller U, Thomassin L, Bohbot S, Dissemond J, Blome C. Clinical evaluation of UrgoStart Plus dressings in real-life conditions: results of a prospective multicentre study on 961 patients. *J Wound Care* 2021;30(12):966-78.
12. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. *J Wound Care* 2009;18(9):374-82.
13. Akhmetova A, Saliev T, Allan IU, Illsley MJ, Nurgozhin T, Mikhailovsky S. A comprehensive review of topical odor-controlling treatment options for chronic wounds. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2016;43(6):598-609.
14. Silveira MA, Pinheiro SD, da Silva VC, de Azevedo MA, Correia RO. Cavitary myiasis mimicking peritonsillar abscess. *Braz J Otorhinolaryngol [Internet]* 2015 ;81(3):336-8.
15. Ostwal S, Patel B, Sanghavi P, Joshi G, Singh R. Management of malignant wound myiasis with ivermectin, albendazole, and clindamycin (triple therapy) in advanced head-and-neck cancer patients: a prospective observational study. *Indian J Palliat Care* 2018 ;24(4):459.
16. Bellingeri A. Prontuario del Wound Care per la prevenzione e cura delle lesioni cutanee. (Vulnologia). Sesta edizione. Pavia:Edizioni CdG-Casa del Giovane;2023.112 - 117.
17. Furka A, Simkó C, Kostyál L, Szabó I, Valikovics A, Fekete G, Tornyi I, Oross E, Révész J. Treatment algorithm for cancerous wounds: a systematic review. *Cancers* 2022 ;14(5):1203.
18. Beers EH. Palliative wound care. *Surg Clin North Am* 2019 ;99(5):899-919.
19. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Ski Amp Wound Care* Marzo 2015;28(3):130-40.
20. Linee guida SICP- Guida alla comunicazione in situazioni complesse. Una guida pratica per i professionisti socio-sanitari;2023. Disponibile su: <https://www.sicp.it/aggiornamento/linee-guida-bp-procedures/2023/09/guida-alla-comunicazione-in-situazioni-complesse/>

Il demansionamento infermieristico in U.O. di medicina specialistica

The nursing deskilling in a specialist medicine unit

Giovanni Ariete

Infermiere legale e forense

Riassunto

Lo studio mira a quantificare il demansionamento infermieristico in U.O. di medicina, evidenziandone l'esistenza e la diffusione, attribuendo un peso oggettivo ai caratteri di autonomia, prevalenza e continuità, e sottolineando il rischio clinico associato. Il demansionamento, ovvero l'assegnazione a mansioni inferiori, è vietato dalla legge italiana (art. 2103 del codice civile e art. 52 del D.lgs n. 165 del 2001) per evitare l'impoverimento professionale. La ricerca è stata condotta in una UOC appartenente all'area cardiopolmonare di una struttura sanitaria pubblica, registrando su un'applicazione diario ogni mansione non infermieristica svolta da un singolo infermiere durante un periodo di 14 mesi. Durante il periodo di ricerca sono state eseguite da un singolo infermiere 1155 mansioni inferiori, con una media di 90 al mese, prevalentemente durante i turni notturni. Questi compiti hanno occupato circa 10 ore al mese e circa 26 minuti per turno, compromettendo la sorveglianza clinica e aumentando il rischio di errori terapeutici e comunicativi. I risultati indicano che il demansionamento nell'unità operativa è sistematico e continuo, influenzando significativamente il lavoro infermieristico e aumentando il rischio clinico. Un diario dettagliato delle mansioni inferiori, combinato con la documentazione ufficiale, può essere un efficace strumento probatorio in sede di ricorso per interrompere l'illecito demansionale e richiedere risarcimento per danno professionale.

Parole chiave. Demansionamento infermieristico; rischio clinico; risk management; danno professionale; errori infermieristici; mansioni inferiori; *ius variandi*

Abstract

The aim of this study is to estimate nursing deskilling in a medical department, highlighting its existence and diffusion, attributing an objective weight to the characteristics of autonomy, prevalence and continuity, and underlining the associated clinical risk. Deskilling, or assignment to lower tasks, is prohibited by Italian law (art. 2103 of the Codice Civile and art. 52 of D.lgs n. 165 of 2001) to avoid professional impoverishment. The research was conduct-

ed in the Cardiopulmonary Operative Unit of National Health Service, recording in a diary application every non-nursing task carried out by a single nurse during a 14 months period. During the research period, 1155 smaller tasks were performed by a single nurse, with an average of 90 per month, predominantly during night shifts. These tasks occupied approximately 10 hours per month and approximately 26 minutes per shift, compromising clinical surveillance and increasing the risk of medication and communication errors. The results indicate that deskilling in the operation unit is systematic and continuous, significantly influencing nursing work and increasing clinical risk. A detailed diary of lower duties, combined with official documentation, can be an effective evidentiary tool in the appeal to stop the demotion offense and request compensation for professional damage.

Key Words. Nursing deskilling; risk management; clinical risk; nurse professional damage; nursing errors; no nurse skills; *ius variandi*

Introduzione

Sono trascorsi 25 anni da quando è stata posta in ambito giuridico una pietra miliare per le professioni sanitarie: Il D.M. 739/94. Esso individua il profilo dell'infermiere il quale per la prima volta viene riconosciuto come un operatore sanitario e da mero esecutore diventa un professionista intellettuale.

A ciò si aggiunge anche la legge 42/99 (disposizioni in materia di professioni sanitarie): un'altra pietra miliare che elimina l'anacronismo relativo all'ausiliarità della professione e abroga (ad eccezione del titolo VI - inf. generico) il mansionario della figura infermieristica.

Eppure ancora oggi gli infermieri italiani a causa di scarsa autostima, ignoranza delle leggi (quindi dei propri diritti), di un ricatto morale, di un indottrinamento universitario a volte pilotato e di un immobilismo sindacale, fungono da capro espiatorio della sanità italiana e sono costretti a convivere quotidianamente con il fenomeno del demansionamento. Fenomeno tanto grave quanto diffuso che non consente alla figura infermieristica di emergere ed evolvere e di erigersi quindi a professione intellettuale; fe-

fenomeno dal quale scaturiscono la maggior parte delle altre problematiche della categoria (bassissima eterostima sociale, bassa retribuzione e non conforme alla mole di responsabilità assunta, etc.); fenomeno che compromette la qualità della vera assistenza infermieristica, quindi la salute dei cittadini e degli infermieri stessi.

L'idea nasce dal fatto che sempre più spesso si parla della gravità e della diffusione del demansionamento infermieristico, ma raramente si attribuisce un peso oggettivo all'influenza negativa del fenomeno non solo sulla vita personale e professionale degli infermieri, ma anche e soprattutto sulla qualità dell'assistenza erogata.

Obiettivi dello studio

Lo scopo dello studio è stato quantificare il demansionamento infermieristico in un reparto di medicina specialistica al fine di:

- dimostrare l'esistenza e la diffusione del fenomeno;
- attribuire alle attività demansionanti un peso oggettivo in termini di autonomia, prevalenza e continuità (1);
- evidenziare il rischio clinico indotto nelle realtà dove il demansionamento è radicato;
- illustrare un potenziale utilizzo documentale dei dati raccolti e analizzati a scopo probatorio.

Materiali e metodi

La raccolta dati è consistita nella registrazione, su un diario personale, di ogni mansione che tout court di fatto e di diritto non compete al personale infermieristico bensì al personale di supporto (1), svolta da un infermiere dell'unità operativa oltre allo svolgimento delle mansioni proprie attinenti il proprio profilo professionale e il suo inquadramento contrattuale (2).

La raccolta dati è avvenuta in una unità operativa complessa appartenente all'area cardio polmonare di una struttura pubblica aventi le seguenti caratteristiche: 22 posti letto, in organico 16 infermieri e 5 operatori di supporto, attivi con Turno in V^a con anticipo di fase: M-P-N-S-R. La distribuzione dell'organico nelle 24 ore è la seguente: Turno mattino: 4 infermieri + 2 oss, Turno pomeriggio: 3 infermieri + 1 oss, Turno notte: 2 infermieri, nessun oss.

La raccolta dati ha avuto una durata di 14 mesi tenendo conto della turnistica (full time), del monte ore dovuto dalle condizioni contrattuali, dei riposi, delle ferie e dei permessi per la formazione obbligatoria e facoltativa. I dati raccolti sono stati in una prima fase analizzati per quantificare:

- Numero complessivo di mansioni inferiori svolte.
- Numero complessivo e relativa distribuzione percentuale delle mansioni inferiori svolte nei tre turni

(mattino, pomeriggio, notte).

- Media mensile delle mansioni inferiori svolte.
- Media per turno delle mansioni inferiori svolte.
- Minimo e massimo mensile delle mansioni inferiori svolte per turno.
- Percentuale media del tempo di turno dedicato allo svolgimento di mansioni inferiori*

(*È stato cronometrato per ogni tipologia di mansione inferiore il tempo impiegato per lo svolgimento ed è stata calcolato un tempo medio di 6 min e 36 sec. per mansione. I.C. 3 min e 15sec.-12.0 min.)

Successivamente, premettendo che lo svolgimento in maniera continua e prevalente di mansioni inferiori e quindi non competenti al professionista Infermiere, oltre a rappresentare una lesione della dignità professionale (danno patrimoniale risarcibile), distoglie in qualsiasi momento siano svolte, l'attenzione dalla reale assistenza infermieristica, l'analisi dei dati è proseguita nel verificare la sovrapposizione delle mansioni inferiori svolte con due momenti del turno lavorativo in cui secondo il Ministero della Salute** è più elevato per un infermiere il rischio di commettere un errore e causare quindi una near miss o un evento avverso o un evento sentinella. L'errore terapeutico ovvero l'errore commesso durante preparazione e la somministrazione della terapia farmacologica e l'errore di comunicazione ovvero l'errore commesso per omesso, incompleto o errato trasferimento di informazioni riguardanti l'assistenza di un paziente tra operatori sanitari (c.d. passaggio di consegne).

Risultati

Durante il periodo della ricerca un infermiere dell'unità operativa ha svolto complessivamente 1155 mansioni inferiori, con una media di quasi 90 mansioni al mese e di quasi 5 mansioni per turno (Tabella 1).

Mansioni non infermieristiche complessivamente svolte	1155
Mansioni non infermieristiche svolte durante il turno di Mattino	202
Mansioni non infermieristiche svolte durante il turno di Pomeriggio	268
Mansioni non infermieristiche svolte durante il turno di Notte	692
Media mensile mansioni non infermieristiche	88,85
Media per turno mansioni non infermieristiche	4,96

Tabella 1. Numero di mansioni complessivamente svolte durante il periodo di ricerca, distribuzione delle mansioni nei tre turni, media mensile e media per turno.

Il 60% delle mansioni inferiori complessive sono state svolte durante il turno di notte (Grafico 1).

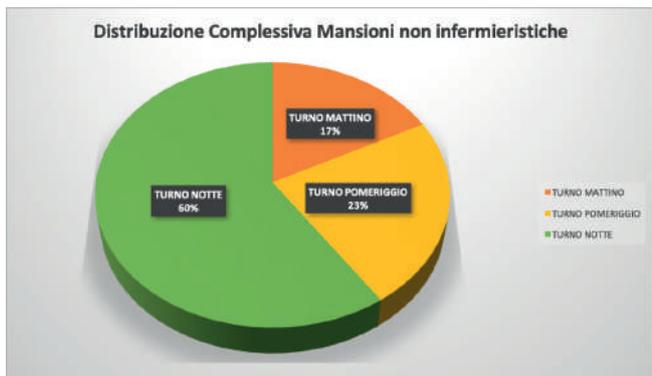


Grafico 1. Distribuzione complessiva delle mansioni non infermieristiche svolte da un infermiere dell'unità operativa

Nell'analisi mensile dei dati in tutti i 14 mesi si è confermato il trend della distribuzione delle mansioni complessive delle mansioni.

Infatti il turno di notte è risultato in tutti i mesi della ricerca sempre il turno con il maggior numero di mansioni inferiori svolte e queste hanno rappresentato sempre più della metà delle mansioni non infermieristiche complessive del mese (Grafico 2).

Grafico 2. Distribuzione mansioni non infermieristiche per ogni singolo mese



In quasi tutti i mesi della ricerca la percentuale di turni con almeno una mansione non infermieristica svolta è stata superiore al 70% (Grafico 3).

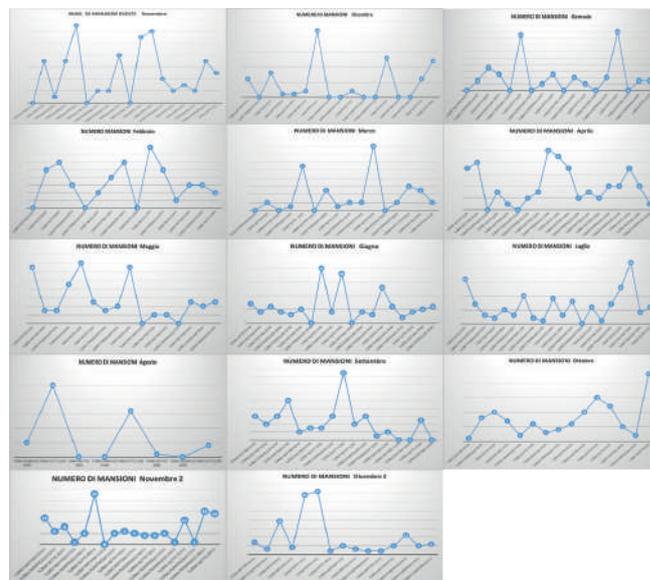
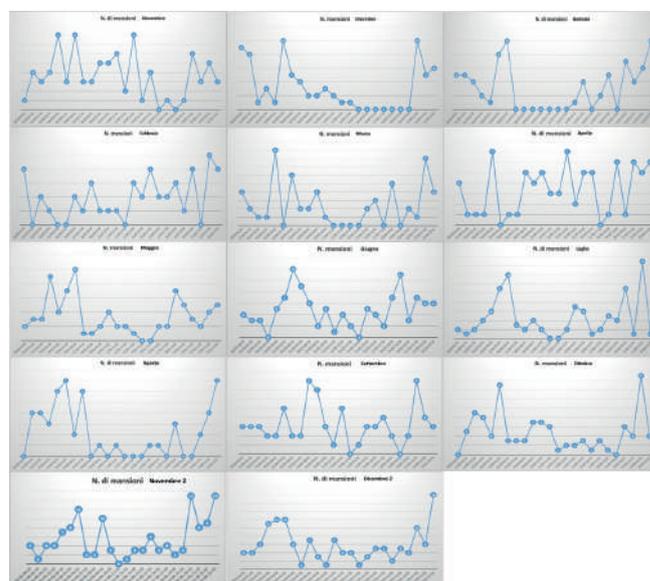


Grafico 3. Numero di mansioni inferiori svolte ogni turno durante i mesi della ricerca

La percentuale di fasce orarie del giorno con almeno una mansione inferiore svolta è stata quasi sempre superiore al 80% (Grafico 4).



Per quanto riguarda il tempo trascorso da un infermiere dell'unità operativa sono stati osservati i seguenti risultati (Tabella 2):

Tempo medio mensile dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 10 ore
Tempo massimo mensile dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 16 ore
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 35 min
Tempo massimo per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 4 ore
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche durante il Mattino	≅ 23 min
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche durante il Pomeriggio	≅ 21 min
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche durante la Notte	≅ 1 ora e 2 min

Tabella 2. Tempi medi e massimi mensili e per turno dedicati a mansioni non infermieristiche

Infine, analizzando i dati nell'ambito del risk management è risultato che circa il 44%, quindi quasi la metà delle mansioni inferiori complessive sono state svolte durante i due importanti momenti dell'assistenza infermieristica dove è più probabile un infermiere possa commettere un errore (Tabella 3) (Grafico 5 e 6).

Mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia farmacologica e consegne	506
Mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia farmacologica	437
Mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a consegne	69

Tabella 3. Numero di mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia farmacologica e consegne

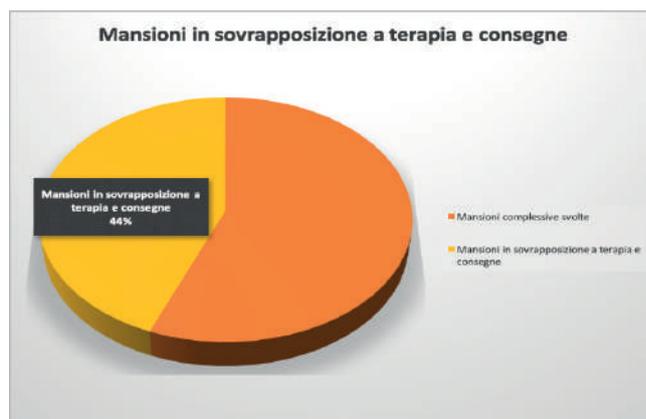


Grafico 5. Percentuale di mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia e consegne



Grafico 6. Distribuzione delle mansioni in sovrapposizione a terapia e consegne

Discussione

Significativi sono due tempi massimi registrati durante il turno notturno di circa 4 ore su 10 ore e 35 minuti di durata del servizio, ovvero in questi casi l'Infermiere ha trascorso quasi metà del turno a svolgere mansioni non infermieristiche. Questo dato offre due importanti spunti di riflessione.

Anzitutto, considerando che si sta parlando di un reparto di medicina e non di un reparto per le urgenze/emergenze o di rianimazione, si presuppone che durante le ore notturne la maggior parte del tempo di servizio debba essere dedicato dall'infermiere a svolgere guardia attiva caratterizzata dal monitoraggio delle condizioni cliniche dei pazienti. È emerso invece che non solo il servizio prestato dall'Infermiere non si limita al monitoraggio, ma anche che quest'ultimo è seriamente compromesso dal dover distoglierne l'attenzione per svolgere mansioni non di propria competenza.

Ma soprattutto, mentre durante il giorno l'Infermiere è costretto di fatto a svolgere alcune delle mansioni inferiori che la dinamica assistenziale propone per compensare la carenza del personale di supporto, durante la notte invece l'Infermiere è costretto di fatto a svolgere tutte le

mansioni inferiori che la dinamica assistenziale propone per sopperire in questo caso alla totale assenza del personale di supporto. Quindi il turno di notte rappresenta spesso per un infermiere il turno con il maggior carico di lavoro dovendo egli svolgere le mansioni di due figure al posto di una, ma al tempo stesso rappresenta anche il turno con minore personale in servizio: solo 2 unità infermieristiche contro le 3 del pomeriggio e le 4 di mattino.

Conclusioni

L'elevata mole di mansioni non infermieristiche svolte durante il periodo di ricerca ha dimostrato l'esistenza del demansionamento infermieristico nell'unità operativa ed ha confermato la letteratura riguardo la larga diffusione del fenomeno. Lo svolgimento di mansioni non infermieristiche durante tutti i mesi della ricerca, in quasi la totalità dei turni e ad ogni ora del giorno e della notte ha dimostrato il carattere di continuità del demansionamento nell'unità operativa. La costrizione di fatto dell'infermiere a svolgere mansioni inferiori, oltre lo svolgimento delle mansioni proprie e la constatazione della maggior percentuale di mansioni inferiori svolte durante la notte, turno in cui *contra legem* non è prevista la figura competente, hanno dimostrato il carattere di sistematicità del demansionamento in atto nell'unità operativa. Sussistono infatti gli elementi dello sfruttamento demansionale che identifica lo scopo del demansionamento come fine a stesso e non come strumento persecutorio a differenza di quanto accade ad esempio nel mobbing (3). In termini di prevalenza, considerato il tempo di servizio sottratto quotidianamente all'infermiere dallo svolgimento di mansioni inferiori e le frequenti interruzioni che causano alla reale assistenza, non vi sono presupposti affinché tali possano essere considerate marginali all'attività lavorativa dell'Infermiere. (III) L'elevata percentuale di

mansioni inferiori, svolte in sovrapposizione ad attività estremamente importanti caratterizzanti l'assistenza, ha dimostrato l'esistenza di un maggiore rischio clinico per i pazienti nelle realtà dove il demansionamento è radicato. In caso di ricorso, al fine interrompere l'illecito demansionale, esercitare uno scarico di responsabilità e richiedere un risarcimento per danno professionale, l'utilizzo di un diario dettagliato delle mansioni inferiori svolte, insieme alla turnistica, i piani di lavoro e la documentazione clinica assistenziale, può rappresentare un interessante e valido strumento probatorio a disposizione del ricorrente per evidenziare i caratteri valutati nell'*an* e nel *quantum debeat* (4).

Bibliografia

1. Di Fresco M., "Demansionamento o competenze avanzate, una guida per capire il diritto", AADI, 2018
2. Benci L. "Aspetti giuridici della professione infermieristica", McGraw-Hill, 2015; 5: 77-85
3. Di Fresco M., "Il mobbing infermieristico", MAGGIOLI EDITORE, 2014; 1: 31-39
4. Carleo R., Ruperto S., Martuccelli S., "Codice civile e leggi complementari", Dike Giuridica, 2024; 4, IX: 420-426

Indice giuridico

- I. Sentenza n. 395/2019 del 15/07/2019 Tribunale di BOLOGNA, Sezione Lavoro
- II. Raccomandazione n.7 marzo 2008 del Ministero della Salute
- III. Sentenza n. 6954/2019 del 11/07/2019 Tribunale di ROMA, Prima Sezione Lavoro

Strategie per migliorare il vissuto del bambino nello spettro autistico in ospedale, proposta di un'agenda visiva

Strategies for improving the experience of the child on the autism spectrum in the hospital, proposed 'visual agenda

Fiorenza Bucci, infermiera U.O. Pediatria Degenza IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Riassunto

Il disturbo dello spettro autistico (ASD) è una complessa condizione psico neurobiologica che esordisce nei primi anni di vita. Rispondere alle richieste dei pazienti pediatrici autistici, delle loro famiglie e dei professionisti sanitari coinvolti è un'esigenza e un'urgenza nel panorama sanitario in quanto vi sono fattori che non è possibile più trascurare e perciò da portare alla nostra attenzione. Tale studio si propone di revisionare le strategie per migliorare il vissuto del bambino nello spettro autistico in ospedale al fine di rendere l'accettazione e la permanenza dello stesso e della sua famiglia meno traumatica e al contempo agevolare il lavoro dei professionisti sanitari garantendo la qualità del percorso di cura. È stata effettuata una revisione della letteratura attraverso ricerca bibliografica svolta principalmente su database quali PubMed, CINAHL e Psycinfo. I risultati mostrano come utili le seguenti strategie: apportare modifiche al piano di assistenza infermieristico a partire dalla valutazione iniziale dei bambini ASD; attuare cambiamenti all'ambiente fisico; implementare la formazione sia verso i professionisti sanitari, gli studenti di infermieristica che le famiglie; coinvolgere un team multidisciplinare di esperti fin dall'inizio del ricovero; collaborare con i genitori; gestire il dolore; scrivere i fatti; utilizzare tecniche di comunicazione efficaci, ad esempio l'uso dell'agenda visiva, uno strumento che avvalendosi delle immagini permette alla persona nel ASD di rendere prevedibili e affrontare le numerose situazioni nuove del ricovero ospedaliero.

È necessario implementare le strategie e gli strumenti durante l'esperienza di ricovero. Adoperare ad esempio un'agenda visiva, la quale utilizza le immagini piuttosto che le parole per mostrare al bambino cosa sta per accadere, migliorerebbe l'accessibilità alle cure, poiché terrebbe conto dell'esigenza di prevedibilità di questi piccoli pazienti.

Parole chiave: "Cura", "Disturbo dello spettro autistico", "Pazienti pediatrici".

Abstract

Autism spectrum disorder (ASD) is a complex psycho

neurobiological condition that begins in the early years of life. Meeting the demands of pediatric autistic patients, their families, and the healthcare professionals involved is a need and an urgency in the healthcare landscape as there are factors that can no longer be overlooked and therefore need to be brought to our attention. This paper aims to review strategies to improve the experience of the child on the autism spectrum in the hospital, in order to make the acceptance and stay of the child and his or her family less traumatic and at the same time facilitate the work of health professionals, ensuring the quality of the care pathway. A literature review was carried out through literature search conducted mainly on databases such as PubMed, CINAHL and PSYCINFO. The results show the following strategies as useful: Make changes to the nursing care plan from the initial assessment of ASD children; implement changes to the physical environment; implement education toward both health care professionals, nursing students, and families; involve a multidisciplinary team of experts from the very beginning of hospitalization; collaborate with parents; manage pain; write down the facts; and use effective communication techniques, for example, the use of the visual diary, a tool that by making use of pictures allows the person in ASD to make predictable and cope with the many new situations of hospitalization. It is necessary to implement strategies and tools during the hospitalization experience. For example, adopting a 'visual agenda, which uses pictures rather than words to show the child what is going to happen, would improve the 'accessibility of care, as it would take into account the need for predictability of these young patients.

Keywords: "Caring", "Autism spectrum disorder", "Pediatric Patients".

Introduzione

Il disturbo dello spettro autistico (ASD) è una complessa condizione psiconeurobiologica che esordisce nei primi anni di vita, solitamente si manifesta tra i 14 e i 28 mesi di età e persiste fino all'età adulta nella maggior parte dei casi. Gli studi epidemiologici internazionali hanno riportato un incremento generalizzato della prevalenza di

ASD. Attualmente, la prevalenza del disturbo è stimata essere circa 1 su 54 tra i bambini di 8 anni negli Stati Uniti, 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) in Italia. Il disturbo dello spettro autistico si caratterizza per deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti e schemi di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi.

Rispondere alle richieste dei pazienti pediatrici autistici, delle loro famiglie e dei professionisti sanitari coinvolti è un'esigenza e un'urgenza nel panorama sanitario in quanto vi sono fattori che non è possibile più trascurare e perciò da portare alla nostra attenzione. Tra questi: Criticità nel contesto sanitario attuale relativo al ASD: aumento prevalenza e progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi; aumento dell'ospedalizzazione e di accesso al Pronto Soccorso nei bambini ASD; aumento del rischio di mortalità prematura, peggioramento delle condizioni delle persone con autismo e complicanze ulteriori del quotidiano dei caregiver a causa dell'isolamento da Covid. Presenza di difficoltà del bambino ASD e della sua famiglia nell'ambiente ospedaliero: l'ospedalizzazione provoca nel paziente pediatrico ASD aumento dell'ansia, della frustrazione e dell'agitazione; quando i genitori dei pazienti pediatrici nel ASD cercano servizi presso ospedali pediatrici, molti riferiscono di essere insoddisfatti dell'assistenza prestata ai propri figli e delle scarse conoscenze del personale sanitario. Presenza di problematiche riscontrate dai professionisti sanitari durante l'assistenza al bambino ASD: impreparazione e non consapevolezza dei professionisti; mancanza di strumenti di supporto. L'incapacità di comunicare o una comunicazione impropria con bambini ASD è stato dimostrato che aumenti la frustrazione e possa potenzialmente scatenare comportamenti aggressivi, che potrebbero compromettere la sicurezza del bambino e del personale ospedaliero.

Tale progetto si propone di revisionare le strategie per migliorare il vissuto del bambino nello spettro autistico in ospedale, al fine di rendere l'accettazione e la permanenza dello stesso e della sua famiglia meno traumatica e al contempo agevolare il lavoro dei professionisti sanitari, garantendo la qualità del percorso di cura. Particolare attenzione sarà posta ad uno strumento, ovvero all'uso dell'agenda visiva.

Materiali E Metodi

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura attraverso ricerca bibliografica svolta principalmente su database quali PubMed, CINAHL e PSYCINFO. Per ottimizzare la ricerca sono stati impostati come criteri di inclusione articoli pubblicati a partire dal 2010, redatti in lingua inglese e/o italiano. Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono: "Caring", "Autism spectrum disorder", "Pediatric Patients", "Hospital" separate dall'

operatore booleano "AND". La ricerca delle evidenze ha prodotto 21 articoli scientifici, 12 di questi sono stati ritenuti validi per questo studio in base alla pertinenza con gli obiettivi, di cui 3 si ripetevano nei vari motori di ricerca utilizzati. Mediante ricerca sitografica sono state individuate 8 fonti.

Risultati

Di seguito sono elencati gli articoli inclusi nella ricerca della letteratura:

1. Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies
2. Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting
3. Irritability and Problem Behavior in Autism Spectrum Disorder: A Practice Pathway for Pediatric Primary Care
4. Autism spectrum disorders: an update on oral health management
5. Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder
6. Autism Comes to the Pediatric Hospital: Perspectives of Child Life Specialists
7. Creating a Sensory-Friendly Pediatric Emergency Department
8. Incidence, prevalence, and global burden of autism spectrum disorder from 1990 to 2019 across 204 countries
9. Expanding the Capacity of Primary Care to Treat Co-morbidities in Children with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord
10. Autism Comes to the Pediatric Hospital: Perspectives of Child Life Specialists
11. Irritability and Problem Behavior in Autism Spectrum Disorder: A Practice Pathway for Pediatric Primary Care
12. Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies

Il numero di strategie di relazione del personale infermieristico è un fattore chiave che influenza l'efficacia percepita dell'assistenza e la migliora

Modifiche nell'assistenza infermieristica e nell'ambiente sanitario: In uno studio realizzato da Scarpinato N. et al. si afferma che quando un bambino ASD ha bisogno di accedere all'ambiente sanitario per acuti, è necessario apportare modifiche al piano di assistenza infermieristico². Per i pazienti che hanno difficoltà a riconoscere i volti nuovi, la preassegnazione di infermieri primari può contribuire a fornire coerenza e ad aiutare il bambino a sviluppare fi-

ducia. La preparazione ai test e alle procedure in anticipo può ridurre notevolmente l'ansia del bambino. Nel preparare i bambini alle procedure, è utile consentire loro di vedere, toccare e sentire i dispositivi che potrebbero essere utilizzati durante la procedura. I bambini possono apprezzare un'istruzione passo-passo durante la procedura. Anche un continuo rinforzo positivo e l'uso di un sistema di ricompense possono rivelarsi utili.

Secondo uno studio di McGuire K et al., nei casi di I/PB (irritabilità/comportamenti problematici), quando possibile, è importante evitare la contenzione fisica, evitare discorsi eccessivi che possono sopraffare le capacità verbali del paziente, usare immagini o linguaggio concreto. Per ridurre i livelli di ansia del bambino ASD è necessario modificare l'ambiente ospedaliero riducendo ad esempio la stimolazione sensoriale attenuando la luminosità, i rumori nella stanza e nelle aree circostanti e le stimolazioni. L'infermiere che si occupa di un bambino ASD dovrebbe dedicarsi a lui riducendo al minimo le interruzioni. L'infermiere dovrebbe anche rivolgersi al bambino individualmente in modo calmo e non minaccioso. La sala giochi può rappresentare una stimolazione eccessiva per un bambino ASD. L'infermiere che si occupa del bambino dovrebbe procurarsi giocattoli, giochi e attività adeguate che possano essere utilizzati nella stanza del bambino.

Formazione dei sanitari e delle famiglie. Lo studio di Mahoney WJ et al., ha rilevato che il personale infermieristico ritiene di aver bisogno di ulteriore formazione e di risorse per occuparsi efficacemente dei bambini ASD. È importante che gli studenti di infermieristica ricevano una formazione sul ASD.

Equipe multidisciplinare: Nello studio di Jolly AA. et al., si suggerisce di coinvolgere un team multidisciplinare di esperti fin dall'inizio del ricovero: terapeuti occupazionali, logopedista, nutrizionisti, il CLS, lo psichiatra o lo specialista dell'autismo, gli educatori.

Collaborazione con i genitori: Nello studio di Mahoney WJ et al., afferma che il principale punto di forza del personale infermieristico è stata la comunicazione con la famiglia del bambino. Nello studio di Scarpinato N et al., si afferma che bisogna lavorare a stretto contatto con i genitori del bambino per capire meglio quali strategie impiegano per aiutare il bambino ad affrontare i fattori di stress.

Gestione del dolore: Considerando le difficoltà di comunicazione che un bambino ASD può avere, è fondamentale avere una rappresentazione visiva dello strumento di valutazione del dolore che il bambino possa utilizzare. Per esempio, può essere utilizzata una scala analogica visiva.

Scrivere i fatti: Il passaggio di consegne incompleto può essere particolarmente dannoso per la sicurezza del bambino ASD e del personale che si occupa di lui, se le informazioni critiche sui metodi di comunicazione necessari,

sui fattori scatenanti che possono portare a un aumento dell'agitazione e dell'ansia, sul programma giornaliero e sulle preferenze del bambino non vengono trasmesse in modo chiaro e completo.

Comunicazione: Nello studio di Mahoney WJ et al si afferma che l'area principale da migliorare è la comunicazione con il bambino ASD. Esistono diversi sistemi di comunicazione aumentativa e alternativa sviluppati per i bambini ASD, tra cui l'uso del linguaggio dei segni o di simboli/immagini.

Agenda visiva

Le agende forniscono informazioni sulle attività quotidiane e su quelle straordinarie, sul mancato svolgimento di qualche attività e sui cambiamenti di programma. Questa possibilità di "prevedere" il susseguirsi delle attività nell'immediato futuro attenua l'agitazione e migliora le possibilità di interazione, di apprendimento e di comunicazione, oltre a incidere positivamente sui comportamenti problematici. L'obiettivo delle agende è, pertanto, oltre alla strutturazione del tempo, anche quello di ampliare il processo comunicativo, l'efficacia della comprensione del messaggio e dell'elaborazione della risposta e pertanto di favorire una maggiore autonomia degli individui con bisogni comunicativi speciali.

Occorre che l'agenda visiva sia sempre a portata di mano della persona, consultabile al bisogno. Deve pertanto poter essere facilmente collocata e trasportata, essere semplice in modo da poter fornire un'informazione chiara ed esplicita. In particolare, i simboli devono essere immediatamente comprensibili, privi di ambiguità e dotati di un significato univoco.

Conclusioni

La maggior parte del personale infermieristico non ritiene di avere una formazione e strategie sufficienti per lavorare con i bambini ASD¹. Tra le varie strategie ricordiamo: apportare modifiche al piano di assistenza infermieristico a partire dalla valutazione iniziale; eseguire cambiamenti all'ambiente fisico; implementare la formazione rivolta ai professionisti sanitari, gli studenti di infermieristica e le famiglie; coinvolgere un team multidisciplinare di esperti fin dall'inizio del ricovero; collaborare con i genitori; gestione del dolore; scrivere i fatti; comunicazione/agenda visiva, per esempio potrebbe essere necessario usare le immagini piuttosto che le parole per mostrare al bambino cosa sta per accadere. Questa possibilità di "prevedere" il susseguirsi delle attività nell'immediato futuro attenua l'agitazione e migliora le possibilità di interazione, di apprendimento e di comunicazione, oltre a incidere positivamente sui comportamenti problematici. Introdurre un'agenda visiva nell'ambiente ospedaliero pediatrico migliorerebbe l'accessibilità alle cure soffermandosi su concetti chiave

per il bambino ASD: sensorialità e prevedibilità. Di seguito alcuni spunti per l'applicazione clinica: Realizzazione di un protocollo "Ospedale pediatrico e autismo: un nuovo percorso per l'accoglienza e la permanenza del paziente pediatrico nel ASD"; Implementare la formazione del personale e degli studenti universitari mediante un corso formativo specifico svolto mediante lezioni frontali o corsi FAD; Creazione di un manuale semplice e dettagliato per guidare i professionisti nella realizzazione del processo; Condividere le nostre "lezioni apprese" con altri dipartimenti del nostro sistema sanitario che vogliono creare lo stesso tipo di iniziativa sensoriale; Creazione di un carrello sensoriale con tutte le forniture e le risorse necessarie che possono essere trasportate attraverso l'unità; Fornire nell'ambiente ospedaliero specifici supporti per la comunicazione, ad esempio l'agenda visiva; Rilevare la soddisfazione dei genitori dei pazienti pediatrici nel ASD relativa all'assistenza fornita a seguito dell'introduzione dei vari cambiamenti apportati.

Bibliografia

1. Mahoney WJ, Villacrusis M, Sompolski M, Iwanski B, Charman A, Hammond C, Abraham G. Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies. *J Spec Pediatr Nurs.* 2021 Oct;26(4):e12332.
2. Scarpinato N, Bradley J, Kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *J Spec Pediatr Nurs.* 2010 Jul;15(3):244-54.
3. McGuire K, Fung LK, Hagopian L, Vasa RA, Mahajan R, Bernal P, Silberman AE, Wolfe A, Coury DL, Hardan AY, Veenstra-VanderWeele J, Whitaker AH. Irritability and Problem Behavior in Autism Spectrum Disorder: A Practice Pathway for Pediatric Primary Care. *Pediatrics.* 2016 Feb;137 Suppl 2:S136-48.
4. Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract.* 2014 Jun;14 Suppl:115-26.
5. Jolly AA. Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder. *Pediatr Nurs.* 2015 Jan- Feb;41(1):11-6, 22.
6. Burnham Riosa P, Randhawa A, Muskat B. Autism Comes to the Pediatric Hospital: Perspectives of Child Life Specialists. *J Autism Dev Disord.* 2022 Oct 31.
7. Wood EB, Halverson A, Harrison G, Rosenkranz A. Creating a Sensory-Friendly Pediatric Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2019 Jul;45(4):415-424.
8. Solmi M, Song M, Yon DK, Lee SW, Fombonne E, Kim MS, Park S, Lee MH, Hwang J, Keller R, Koyanagi A, Jacob L, Dragioti E, Smith L, Correll CU, Fusar-Poli P, Croatto G, Carvalho AF, Oh JW, Lee S, Gosling CJ, Cheon KA, Mavridis D, Chu CS, Liang CS, Radua J, Boyer L, Fond G, Shin JI, Cortese S. Incidence, prevalence, and global burden of autism spectrum disorder from 1990 to 2019 across 204 countries. *Mol Psychiatry.* 2022 Jun 29.
9. Van Cleave J, Holifield C, Neumeier AM, Perrin JM, Powers E, Van L, Kuhlthau KA. Expanding the Capacity of Primary Care to Treat Co-morbidities in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2018 Dec;48(12):4222-4230.

L'utilizzo dell'acido acetico nelle lesioni croniche infette da *Pseudomonas aeruginosa*

Use of acetic acid in chronic *Pseudomonas aeruginosa*-infected wounds

Alessandra Sartori, *Terapia Intensiva - ASST Melegnano-Martesana*
Simone Toscano, *Ambulatorio di Vulnologia - Istituti Clinici di Monza*
Francesca Turrini, *Ambulatorio di Vulnologia - Istituti Clinici di Monza*

Riassunto

Le lesioni croniche sono spesso caratterizzate da complicanze come infezioni, guarigione ritardata e selezione di germi multi-resistenti e tra le specie batteriche che contaminano il letto di ferita troviamo il patogeno opportunistico *Pseudomonas aeruginosa*. A causa della difficile penetrazione degli antibiotici locali e delle scarse possibilità di utilizzo di quelli sistemici, in presenza di germi multi-resistenti, la detersione e l'antisepsi locale risultano essenziali. È stato, quindi, indagato in letteratura l'utilizzo dell'acido acetico a basse concentrazioni come agente antisettico su lesioni croniche infette da *Pseudomonas aeruginosa*, con revisione narrativa della letteratura. Utilizzando l'accesso alle biblioteche digitali è stata condotta una ricerca bibliografica attraverso la consultazione online di banche dati come PubMed e ricerca libera sul motore Google Scholar. Dalla letteratura si evince che l'acido acetico a basse concentrazioni (1%-5%) ha dimostrato di poter essere un'arma a basso costo efficace contro un'ampia gamma di funghi e batteri, in particolare contro Gram negativi multi-resistenti come lo *Pseudomonas aeruginosa*.

Abstract

Chronic wounds are often characterised by complications such as infection, delayed healing and selection of multi-resistant germs, and among the bacterial species contaminating the wound bed is the opportunistic pathogen *Pseudomonas aeruginosa*. Because local antibiotics are difficult to penetrate and systemic antibiotics cannot be used, in the presence of multi-resistant germs, local cleansing and antiseptics are essential. The use of acetic acid at low concentrations as an antiseptic agent on chronic lesions infected with *Pseudomonas aeruginosa* has therefore been investigated in the literature, with a narrative review. Using access to digital libraries, a literature search was conducted through online databases such as PubMed and free search on the Google Scholar engine. The literature shows that acetic acid at low concentrations (1%-5%) has proven to be a low-cost weapon effective against a wide range of fungi and bacteria, particularly against multi-resistant Gram negatives such as *Pseudomonas aeruginosa*.

Introduzione e Background

Le ferite, in particolare quelle croniche, rappresentano un problema globale e hanno contribuito in modo determinante all'aumento del carico sanitario sia dal punto di vista economico che come impiego di risorse che sociale. In aggiunta a questi aspetti è importante non dimenticare l'impatto delle ulcere ed il danno recato, non sono fisicamente, ma anche il coinvolgimento dell'aspetto professionale, finanziario, psicologico/emotivo e sociale del paziente che ne è portatore (1). Le cause di insorgenza delle lesioni croniche possono essere di diversa natura, tra le più comuni troviamo quelle vascolari che possono essere venose, arteriose o miste, linfatiche, quelle definite "da pressione" in corrispondenza di una prominente ossea, post-chirurgiche, post-traumatiche e da ustione. L'insorgenza può anche essere determinata da patologie concomitanti come ad esempio autoimmunitarie, neoplastiche o infettive. Ancora oggi le lesioni croniche sono caratterizzate da complicanze come infezioni, guarigione ritardata e diffusione di germi multi-resistenti (2). Tali condizioni implicano una continua sfida per il controllo antimicrobico delle ferite richiedendo nuove soluzioni contro i patogeni ed il biofilm (aggregazione di microrganismi che aiuta la comunità batterica a proteggersi dagli stress ambientali - variazioni di temperatura e disidratazione, e favorisce il trattenimento dei nutrienti e crea una comunicazione tra i batteri). L'utilizzo dell'antibiotico locale spesso è controproducente in quanto può innescare la formazione di resistenze da parte dei patogeni, inoltre, a causa della presenza di biofilm, esso difficilmente riesce a penetrare nel letto di ferita. Per quanto concerne l'utilizzo delle terapie antibiotiche sistemiche, in presenza di varie specie di germi multi-resistenti, risulta di difficile gestione e va affidata ad uno specialista infettivologo tenendo presente le comorbidità dei pazienti che spesso ne precludono l'utilizzo. Tuttavia, gli antisettici da soli potrebbero non essere sufficienti per la corretta gestione dell'ulcera; è necessario, quindi, prendere in considerazione altri fattori riguardanti la salute globale del paziente (2). Tra le specie batteriche più comuni osservate nelle ferite croniche che possono innescare un processo di contaminazione criti-

ca e poi infezione troviamo lo *Pseudomonas aeruginosa*, patogeno opportunisto Gram-negativo (3). Durante la mia esperienza di tirocinio del master in "Wound Care" presso il Centro di Vulnologia degli Istituti Clinici Zucchi di Monza ho potuto osservare la presenza di un numero importante di lesioni croniche infette da *Pseudomonas aeruginosa* e l'utilizzo, su alcune di queste, dell'acido acetico come antisettico topico, utilizzato ad impacco previa detersione e pulizia meccanica del letto di lesione. Pertanto, la ricerca vuole identificare le migliori evidenze disponibili in letteratura riguardanti l'utilizzo dell'acido acetico come agente antisettico nel trattamento delle lesioni di difficile guarigione risultate infette da *Pseudomonas aeruginosa*. Viene, inoltre, riportato e descritto un caso clinico seguito presso gli Istituti Clinici Zucchi di Monza ove è stata osservata l'applicazione precedentemente citata nella pratica clinica.

Caso clinico

Durante il periodo di tirocinio svolto presso l'ambulatorio di Vulnologia degli Istituti Clinici Zucchi di Monza è stato seguito il caso clinico di un paziente la cui anamnesi remota mostra arteriopatia non trattata precocemente e diabete mellito di tipo I. Il giorno 12 giugno 2023, durante la mia prima visione dell'ulcera con sede in zona talare del piede sinistro si denotano letto di lesione facilmente sanguinate e fragile, bordi superiore e laterali a "scalino" e bordo inferiore scollato. L'essudato si manifestava maleodorante, viscoso e color verde-azzurro e si manifesta cute perilesionale macerata.



Lo stesso giorno, successivamente a detersione con fisiologica e garze sterili, viene effettuato un esame colturale tramite tampone della ferita utilizzando la tecnica di Levine che risulta positivo per il batterio Gram negativo *Pseudomonas aeruginosa*.

A seguito del referto pervenuto si inizia una gestione della lesione, successivamente alla detersione del fondo della ferita con soluzione fisiologica, con impacchi mediante garze imbevute di acido acetico con concentrazione al 3% per una media di 20 minuti, tre volte a settimana.

A seguire, viene confezionata una medicazione con garze e bendaggio a "8" ad elevato stiffness multistrato multicomponente.

A distanza di una settimana il letto della lesione si presenta con bordo inferiore scollato ridotto e cute perilesionale meno macerata rispetto alla valutazione effettuata precedentemente.

Ancora presente l'essudato viscoso di color verde-azzurro ma in quantità ridotta.



Dopo circa due settimane dall'inizio del trattamento con acido acetico è osservabile lo stimolo alla ripresa dei processi riparativi, il fondo di lesione appare meno fragile, le dimensioni della lesione ridotte, il bordo inferiore scollato presenta una profondità minore e l'essudato risulta assente conseguente riduzione della macerazione perilesionale.



Inoltre, viene effettuato un tampone utilizzando la "tecnica di Levine" dopo detersione con fisiologica, datato 29 giugno 2023 che risulta negativo.

Pseudomonas aeruginosa

Tra le specie batteriche osservate nelle ferite croniche che possono innescare un processo di infezione troviamo il patogeno opportunisto Gram-negativo *Pseudomonas aeruginosa*. Questa specie batterica è comune nelle infezioni nosocomiali, in particolare, nelle ferite croniche e da ustione (4). L'infezione da *Pseudomonas aeruginosa* avviene in diverse fasi: Attacco del patogeno; Colonizzazione; Infezione locale; Possibile passaggio nel torrente ematico e relativa infezione sistemica. Lo *Pseudomonas aeruginosa* risulta essere l'agente patogeno più isolato in

pazienti ricoverati da più di una settimana e risulta resistente a differenti antibiotici grazie al genoma che codifica per una serie di geni di resistenza, tra cui pompe di efflusso multi-farmaco ed enzimi che conferiscono resistenza agli antibiotici beta-lattamici e aminoglicosidici (5). In base alle sedi anatomiche di infezione di questo patogeno opportunistico, è possibile riscontrare differenti segni e sintomi come febbre, dispnea, soffio cardiaco e, nell'eventualità di tampone positivo in sede di lesione, si manifesteranno ascessi, cellulite, fascite e ritardo o arresto nella guarigione fisiologica della ferita (6) burn wounds, immunodeficiency, chronic obstructive pulmonary disorder (COPD). L'infezione da *Pseudomonas aeruginosa* può causare lievi infezioni come l'otite media o l'otite esterna in individui sani, tuttavia, può portare a complicanze come polmoniti, endocarditi, infezioni delle valvole cardiache, delle vie urinarie e infezioni a cute e tessuto sottocutaneo in pazienti con comorbilità come malattie vascolari e diabete, altresì, in presenza di difese immunitarie o barriere fisiche come pelle e mucose danneggiate e compromesse. Nelle lesioni a difficile guarigione la risposta indotta dal biofilm del batterio *Pseudomonas aeruginosa* comporta una fase infiammatoria persistente che comprende danno ossidativo continuo, la secrezione di fibroblasti e deficit della produzione dei fattori di crescita necessari per la risoluzione del nuovo tessuto (7). Nel caso in cui l'infezione di ulcere profonde dovesse arrivare a tessuti nobili è possibile il verificarsi di fistole, cellulite e osteomielite. Le ferite infette possono presentare secrezioni di color verdastro/ azzurro, riconducibile alla produzione di piocianina, pigmento blu-verdastro che provoca stress ossidativo nell'ospite. L'infezione da *Pseudomonas aeruginosa* è confermata dall'analisi microbiologica successiva all'invio di campione in coltura.

Detersione e Antisepsi

Il primo passo per un'adeguata preparazione del letto di ferita (Wound Bed Preparation) e per la gestione delle lesioni cutanee acute e croniche, prima di procedere con l'eventuale sbrigliamento, riattivazione di bordi e margini della lesione ed applicazione della medicazione appropriata, risulta essere la detersione. Quest'azione può essere espletata tramite l'utilizzo di acqua, soluzioni isotoniche, soluzioni con detergenti o con antisettici, attraverso diverse metodiche come irrigazione, immersione, tamponamento o impacco. Detergere il letto di ferita possiede come finalità la rimozione di detriti tissutali, la diluizione di parti corpuscolate di cellule, batteri, proteine e polveri ed eventuali residui di medicazioni precedenti (8). Risulta importante ricordare che per eliminare ulteriori fonti di contaminazione è necessario detergere anche la cute perilesionale. In presenza di segni/sintomi di infezione, in aggiunta alla detersione, è consigliato procedere con l'ap-

plicazione di un antisettico, agente chimico non selettivo, applicato topicamente al fine di arrestare o prevenire la crescita di microrganismi presenti sui tessuti viventi e inibirne la moltiplicazione. Pertanto, tramite questa azione si procede alla gestione della carica batterica presente sul letto di lesione per riattivare il fisiologico processo di riparazione tissutale. I test di efficacia in laboratorio prevedono un tempo minimo di contatto sul letto di ferita differente in base all'antisettico utilizzato. Non tutte le schede tecniche, però, riportano il tempo minimo di contatto consigliato. In alcuni prontuari o linee di indirizzo vengono suggeriti tempi di applicazione che variano dai 30 secondi ai 3 minuti (9).

Acido Acetico

A causa della multi-resistenza dello *Pseudomonas aeruginosa* a molti antibiotici e a diversi antisettici, si è rivelata utile l'applicazione, successivamente all'azione di detersione, dell'acido acetico su lesioni croniche infette, la cui efficacia antibatterica clinica richiede una concentrazione di almeno lo 0,5%. L'acido acetico è un composto chimico organico, liquido ed incolore ed è definito "acido debole" per la sua limitata capacità di dissociarsi in soluzioni acquose ed il trattamento topico ottimale risulta essere un equilibrio tra attività microbica e tollerabilità. Già nel 460 a.C. Ippocrate lo consigliava come tonico e per la cura delle lesioni e circa cento anni fa è stato descritto per il trattamento delle infezioni da *Pseudomonas aeruginosa* delle ferite riportate durante la guerra (10). Studi segnalano come l'uso topico dell'acido acetico sia efficace nella gestione e nel trattamento delle lesioni infette da *Pseudomonas aeruginosa* poiché risulta essere ben tollerato in vivo e poiché sembra condurre a risultati considerevoli in termini di inibizione della crescita di agenti patogeni anche in concentrazioni molto diluite. L'attività in vitro di questo agente, in concentrazioni tra lo 0,1% ed il 10%, è stata studiata da vari ricercatori nel 1993 strofinandone tamponi imbevuti sulla superficie di piastre di agar contenenti *Pseudomonas aeruginosa* e incubate per 18 ore a 37°C. In questi studi l'acido acetico con concentrazione del 2% è risultato altamente efficace. Inoltre, hanno eliminato con successo la presenza del Gram negativo entro due settimane dal trattamento nel 87,5% dei casi (11).

Metodi

È stata redatta una revisione narrativa della letteratura avente lo scopo di identificare le migliori evidenze disponibili in letteratura riguardanti l'utilizzo dell'acido acetico come agente antisettico nel trattamento delle lesioni croniche risultate infette da *Pseudomonas aeruginosa* con il seguente PIO:

- P: Lesioni infette da *Pseudomonas aeruginosa*;
- I: utilizzo dell'acido acetico;

- O: miglioramento dell'infezione e del processo di guarigione della lesione:

Utilizzando l'accesso alle biblioteche digitali è stata condotta una ricerca bibliografica attraverso la consultazione online di banche dati come PubMed e ricerca libera sul motore Google Scholar.

Successivamente l'inserimento delle diverse stringe di ricerca con l'applicazione di filtri riferiti alla "Species: Humans" e "Title/abstract" nella query box, sono stati estrapolati 518 record totali.

Inizialmente sono stati eliminati 2 articoli poiché stati trovati in duplice copia da due ricerche differenti, e, selezionando per pertinenza secondo titolo, abstract e dopo lettura del full text, ne sono stati utilizzati 26 per la stesura dell'elaborato. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono: "Acetic acid", "Antibiotic resistance", "Bacterial resistance", "Biopsy", "Chronic wounds", "Cleansing", "Critical colonization", "Infection", "Levine technique", "Pseudomonas aeruginosa", "Wound swabs", "Wound therapy", "Wound antiseptics" collegate tramite l'operatore booleano "AND". Dall'inserimento delle diverse stringe di ricerca sono stati estrapolati diversi record, che sono stati successivamente selezionati per pertinenza secondo titolo, abstract e dopo lettura del full text.

Risultati

I risultati estratti dalla letteratura mostrano come le lesioni definite "di difficile guarigione" siano caratterizzate da complicanze come infezioni, guarigione ritardata e diffusione di germi multi-resistenti e, causa della difficile penetrazione nel biofilm della ferita da parte degli antibiotici sistemici e da quelli applicati localmente, che facilitano la sensibilizzazione, l'antisepsi risulta il metodo di scelta migliore per trattare i germi presenti sul letto di lesione. Al fine di permettere l'individuazione e l'identificazione di un microrganismo presente sul letto di una lesione viene utilizzato l'esame colturale tramite campione prelevato mediante tampone quantitativo secondo "tecnica di Levine" a cura del professionista infermiere che, risulta essere un metodo diagnostico valido ed affidabile quanto la biopsia per dimostrare l'infezione di una lesione cronica, con il vantaggio di non essere invasivo. Tra le specie batteriche più comuni osservate nelle ferite croniche che possono innescare un processo di infezione troviamo il patogeno opportunisto Gram-negativo *Pseudomonas aeruginosa*. Successivamente, la ricerca si è focalizzata sull'utilizzo dell'acido acetico come antisettico topico ed è emerso quanto sia utile sfruttare la capacità di acidificare il letto di lesione di questa sostanza, che, abbassando il pH, inibisce la crescita dei microrganismi che possono ritardare la guarigione della ferita.

Nello specifico, l'attività in vitro di questo agente, in con-

centrazioni tra lo 0,1% ed il 10%, è stata studiata da vari ricercatori nel 1993 strofinandone tamponi imbevuti sulla superficie di piastre di agar contenenti *Pseudomonas aeruginosa* e incubate per 18 ore a 37°C. In questi studi l'acido acetico con concentrazione del 2% è risultato altamente efficace contro il Gram negativo in questione. Inoltre, hanno eliminato con successo la presenza del Gram negativo entro due settimane dal trattamento nel 87,5% dei casi (11). Un'ulteriore ricerca pubblicata nell'anno 2003 sulla determinazione della concentrazione minima inibitoria (MIC) di questo composto è stata effettuata tramite il prelievo di 100µL di coltura di acqua peptonata che è stata miscelata con 100µL di acido acetico iterativamente per le diverse concentrazioni (dall'1% al 5%). Le subcolture sono state poi effettuate su *Pseudomonas "isolation agar"* e, successivamente, incubate a 37°C. In questo studio la concentrazione del 3% è risultata avere la miglior attività batteriostatica (12). Uno studio di confronto tra l'effetto antimicrobico in vitro dell'acido acetico rispetto ad antisettici locali come Iodopovidone 11%, Poliesanide 0,04% e Clorexidina 1,5% è stato condotto nel 2008. È stato dimostrato un ottimo effetto battericida dell'antisettico in oggetto con concentrazione pari al 3%, in particolare contro i batteri Gram negativi più resistenti come: *Proteus vulgaris*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* (13). Nel 2017 è stato pubblicato uno studio retrospettivo effettuato su 100 pazienti aventi ferite infette da differenti microrganismi: successivamente alla rimozione della medicazione è stato eseguito un bagno di immersione con acido acetico allo 0,1% al fine di creare un ambiente acido. Le lesioni sono state poi deterse con soluzione fisiologica e, in seguito, è stato effettuato un impacco con garze imbevute di acido acetico diluito con soluzione fisiologica arrivando ad una concentrazione dell'1%. I risultati hanno mostrato che una concentrazione superiore allo 0,5% di acido acetico è sufficiente ad inibire la crescita di batteri e funghi (1). Da un sondaggio telefonico svolto a livello nazionale nel Regno Unito nell'anno 2019 si evince che anche per le ferite da ustione infette da *Pseudomonas aeruginosa* l'acido acetico risulta l'agente più comunemente utilizzato (14). Più recentemente, nel 2021, un ulteriore studio ha isolato il microrganismo *Pseudomonas aeruginosa* resistente alla maggior parte degli antibiotici utilizzati nella terapia empirica e ha segnalato l'uso dell'acido acetico allo 0,625%, utilizzato in qualità di agente topico, come strategia terapeutica efficace (15). Ulteriori conferme arrivano da una revisione della letteratura svoltasi nel 2022 ove si afferma che, come descritto in precedenza, nell'utilizzo dell'acido acetico e, conseguentemente, la presenza di un ambiente acido della ferita facilitano il controllo dell'infezione, promuovono l'inibizione delle proteasi e dei metaboliti batterici ed accelerano l'epitelizzazione e l'angiogenesi. Le

concentrazioni accettate variano dall'1% fino al 5%, range in cui non sono state riscontrate complicanze se non bruciore durante l'applicazione ed è stato dimostrato che il tempo medio di eradicazione del batterio *Pseudomonas aeruginosa* è stato di sette giorni più breve rispetto al gruppo di controllo (16) evaluate and systematize the available scientific evidence of the effectiveness and safety of antiseptic preparations intended for the treatment of chronic wounds. Material and methods: We conducted a literature review using the advanced search engine in the PubMed database. We used a combination of two English keywords, i.e.: "antiseptic" and "chronic wound". We have selected only clinical, randomized controlled trials. Results: We obtained a total of 825 items (674 full-text works).

Discussione e Conclusioni

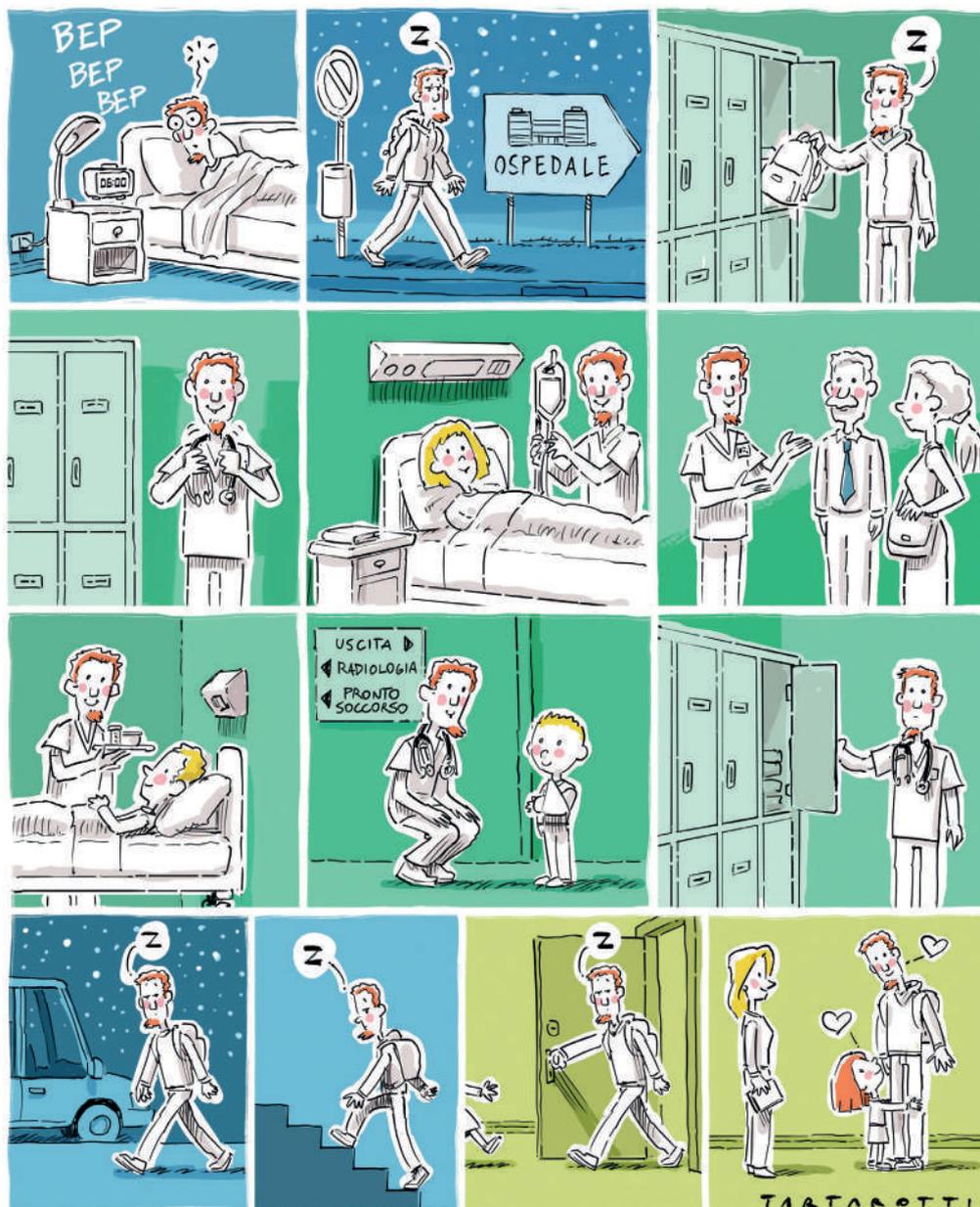
Questo microrganismo, come la maggior parte dei batteri patogeni, per proliferare richiede un valore di pH superiore a 6 e risultando resistente a numerosi antibiotici, si è rivelata utile l'applicazione, successivamente all'azione di detersione, di agenti antisettici. In questo contesto entra in gioco l'utilizzo dell'acido acetico utilizzato come antisettico topico su ferite croniche infette, poiché abbassa il pH del letto di lesione inibendo la crescita dei microrganismi e influenzando, di conseguenza, il processo di guarigione della ferita. Dalla letteratura si evince che le concentrazioni che variano dall'1% al 3% di questa sostanza hanno dimostrato di essere efficaci contro un'ampia gamma di funghi e batteri.

Alla luce dei risultati ottenuti, l'individuazione del patogeno responsabile del ritardo o blocco della guarigione di una lesione cronica può avvenire tramite prelievo di un campione mediante tampone quantitativo secondo "tecnica di Levine", senza ricorrere al campionamento invasivo biotico. Successivamente all'analisi del colturale in laboratorio, in sede ambulatoriale, l'applicazione dell'acido acetico in concentrazioni dell'1% fino al 5%, utilizzato come agente topico, risulta un valido strumento per il controllo e la gestione di lesioni croniche infette da *Pseudomonas aeruginosa* a cura del professionista sanitario infermiere con un tempo di eradicazione minore rispetto ad altri antisettici.

Bibliografia

1. Agrawal KS., Sarda AV., Shrotriya R., Bachhav M., Puri V., Nataraj G.; Acetic acid dressings: Finding the Holy Grail for infected wound management; *Indian Journal of Plastic Surgery*; 2019; Volume 50; Issue 3.
2. Daeschlein G. Antimicrobial and antiseptic strategies in wound management. *International Wound Journal*; 2013; 10 (Suppl. 1):9–14.
3. Mancuso G., Midiri A., Gerace E., Biondo C.; Bacterial Antibiotic Resistance : The Most Critical Pathogens; *Pathogens*; 2021; 10; 1–14.
4. Raizman R., Little W., Smith AC.; Rapid diagnosis of *Pseudomonas aeruginosa* in wounds with point-of-care fluorescence imaging; *Diagnostics*; 2021; 11; 280.
5. Mulcahy LR., Isabella VM., Lewis K.; *Pseudomonas aeruginosa* Biofilms in Disease; *Microbial Ecology*; 2014; 68(1):1–12.
6. Qin S., Xiao W., Zhou C., Pu Q., Deng X., Lan L., et al.; *Pseudomonas aeruginosa*: pathogenesis, virulence factors, antibiotic resistance, interaction with host, technology advances and emerging therapeutics; *Signal Transduct Target Ther*; 2022; 25;7(1).
7. Moser C., Jensen PØ., Thomsen K., Kolpen M., Rybtke M., Lauland AS., et al.; Immune Responses to *Pseudomonas aeruginosa* Biofilm Infections; *Frontiers in Immunology*; 2021; Volume 12.
8. Castiello G., Bellingeri A.; La detersione delle lesioni cutanee: quando, come e perché?; *AISLeC*; 2013.
9. Fattori A., Flamia M., Nurchis C.; Ferita, Infezione e Antimicrobici: quale scelta e modalità d'uso dell'antisettico nella gestione delle lesioni infette nella pratica clinica; *AISLeC*; 2021.
10. Bjarnsholt T., Alhede M., Jensen PØ., Nielsen AK., Johansen HK., Homøe P., et al.; Antibiofilm Properties of Acetic Acid; *Advances in Wound Care*; 2015; Volume 4; Issue 7.
11. Sloss M., Cumberland N., Milner SM.; Acetic acid used for the elimination of *Pseudomonas aeruginosa* from burn and soft tissue wounds; *Departments of Pathology and Plastic Surgery*; 1993.
12. Nagoba BS., Selkar SP., Wadher BJ., Gandhi RC., Acetic acid treatment of pseudomonas wound infections - A review; *Journal of Infection and Public Health*; 2013; 6:410–415.
13. Ryssel H., Kloeters O., Germann G., Schäfer T., Wiedemann G., Oehlbauer M.; The antimicrobial effect of acetic acid-An alternative to common local antiseptics?; *Burns*; 2009; Volume 35; Issue 5; 695–700.
14. Nour S., Reid G., Sathanantham K., Mackie I.; Acetic acid dressings used to treat pseudomonas colonised burn wounds: A UK national survey; *Burns*; 2022; Volume 48; Issue 6.
15. Tawre MS., Kamble EE., Kumkar SN., Mulani MS., Pardesi KR.; Antibiofilm and antipersister activity of acetic acid against extensively drug resistant *Pseudomonas aeruginosa* PAW1; *PLoS One*; 2021; Volume 16; Issue 2.
16. Cwajda-Białasik J., Mościcka P., Szewczyk MT.; Antiseptics and antimicrobials for the treatment and management of chronic wounds: a systematic review of clinical trials; *Advances in Dermatology and Allergology*; 2022; Volume 39; Issue 1.

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 è stato chiesto di dire la mia riguardo questo argomento:

“La bellezza dell’infermieristica. Perché ne vale la pena”

Giuro che sono in crisi.

Perché la prima cosa che mi chiedo è:

NE VALE LA PENA?

E qui tutto si complica.

Premessa doverosa.

Sono pessimista, brontolone per definizione e odio il caldo.

Capite bene che per me avere un pensiero ottimista in questo periodo è decisamente complicato. Se poi l'argomento è l'infermieristica e la “vocazione” tutto diventa dannatamente complicato.

Per farvi capire il mood,
io come titolo invece direi:

“La bruttezza dell’infermieristica” aka almeno 5 motivi per non diventare infermieri.

1. lo Stipendio.

Voi direte che sono venale e che salvare vite dovrebbe “bastarci”.

Arrivate a fine mese con lo stipendio da infermiere e poi mi dite...

2. il riconoscimento professionale

In ambito sanitario ci sono i dottori e poi tutti gli altri sono infermieri.

Tutti ma proprio tutti...

Per la serie dopo gli aiutanti di babbo natale ci sono gli aiutanti del signor dottore.

3. dimenticatevi di avere una vita sociale normale.

Le notti e i festivi ti uccidono lentamente e vedere famiglia, parenti e amici sarà per sempre un'impresa titanica.

4. il percorso di laurea

Studiate studiate e ancora studiate.

Tre anni di sudore, lacrime e sangue solo per cominciare, perché poi non vuoi mica non fare almeno un master...

5. il paziente.

L'ho tenuto per ultimo ma non per importanza.

Non lavoriamo con i sacchi di patate.

Noi lavoriamo con gli esseri umani e la loro malattia.

Qualunque essa sia.

Noi abbiamo a che fare con esseri umani che affrontano malattie di cui farebbero volentieri a meno.

Esseri umani pieni di stress, rabbia, dolore, angoscia e paura.

E credetemi quando vi dico che ogni sera inevitabilmente ci portiamo a casa un po' di tutto questo.

Potrei andare avanti ancora tanto e trovare altri motivi per cui NON vale la pena diventare infermieri.

Ma ahimè se siete qui a leggermi, ho la sensazione che non mi darete retta o che avete come me, già fatto il madornale errore e infermieri lo siete già...

E so che a tanti la domanda sorge spontanea.

Ma perché allora continui a “fare” l'infermiere?

Me lo chiedo anche io.

Molto spesso.

E la risposta è sempre la stessa.

Essere infermiere mi ha dato e nonostante tutto continua a darmi tanto.

Questo lavoro mi da ogni giorno la straordinaria opportunità di fare la differenza nella vita dei pazienti, aiutandoli a superare i momenti peggiori della loro vita.

E la sensazione di avere fatto la differenza in meglio per un altro essere umano e' qualcosa che non si può descrivere se non provandolo di persona.

E una volta provato, si fa molta fatica farne a meno...

Worth of Reading



Di cosa è fatta la speranza

Emmanuel Exitu
Bompiani, 2023

Alle 5.46 del mattino del 15 ottobre 1943 le allieve infermiere dell'ultimo anno della Nightingale Training School for Nurses partono da Londra dirette a un ospedale allestito per curare i feriti che giungono dai fronti di guerra. Tra le ragazze, emozionante nelle loro uniformi impeccabili, ce n'è una snella e buffa per via delle lunghe gambe e dei piedi grandi: la famiglia l'aveva instradata verso l'università di Oxford, ma lei ha deciso di diventare infermiera. Si chiama Cicely Saunders. Durante le infinite notti in corsia, Cicely vede morire tra sofferenze indicibili ragazzi belli e coraggiosi, suoi coetanei. Sa di non poter fare per loro nulla se non ciò che i medici prescrivono, eppure si rende conto con orrore che per un medico ogni moribondo è una causa persa, un

insuccesso professionale. Cicely comincia a fare una cosa a cui dedicherà la vita intera: annotare i tentativi e i fallimenti, le intuizioni, le buone pratiche che consentono di lenire la sofferenza di chi non è più guaribile. E quando capisce che il suo diploma di infermiera non basta più, si laurea in Medicina e, nel 1967, riesce ad aprire il primo moderno hospice: non un posto dove si va a morire, ma dove si può vivere fino all'ultimo istante con dignità. Emmanuel Exitu si ispira alla storia di Cicely Saunders – le cui procedure sono tutt'oggi considerate dall'OMS il punto di riferimento per migliorare la qualità della vita dei malati terminali – per scrivere un romanzo luminoso, che racconta il misterioso abbraccio tra il dolore e la speranza e ci riguarda tutti. La storia di questa donna dalla caparbia visionaria ci dice che la sofferenza si sconfigge prima di tutto con un farmaco di cui tutti possiamo disporre, l'empatia, e che la speranza è, come scriveva Emily Dickinson, “quella cosa piumata che si viene a posare sull'anima” e può illuminarci fino all'ultimo nostro respiro.

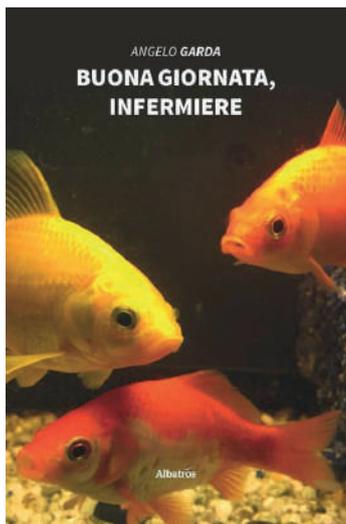


Storie della buonanotte per infermieri svegli

Maicol Re
Youcanprint, 2023

Gli anni dell'eterno discutere e dell'inebriante vagheggiare sono stati spazzati via dalla tempesta perfetta, e il mondo reale lascia spazio a poche interpretazioni: gli infermieri devono fare gli infermieri. La lanterna ormai affievolita di Florence tenta ancora di illuminare la strada, ma è giunta l'ora di fare un po' di luce sull'argomento meno dibattuto della storia della sanità: anche gli infermieri sono esseri umani. Incredibile. E se la formula perfetta per il futuro fosse “Infermieri contenti, pazienti pure”? Le brevi storie -dall'alto contenuto provocatorio- di questo libro tentano di dimostrare la veridicità di questa formula magica, ma non solo. Perché l'universo, purtroppo, non è infermiere-centrico. Lo diceva già Galileo, a modo suo. Ecco dunque un po' di gioia, un po' di dolore e tante contraddizioni universali, in queste storie della buonanotte. Consigliato a chi

si sveglia la mattina con un attacco di panico, ma anche a chi crede ancora nelle fate, nelle principesse e negli infermieri normali con una vita normale.



Buona giornata, infermiere

Angelo Giordano Garda
Gruppo Albatros Il Filo, 2020

Angelo è infermiere in un reparto di terapia intensiva di un grande ospedale di Milano e spesso si trova a riflettere sul proprio lavoro. Questa professione oltre ad una preparazione e un continuo aggiornamento, richiede anche grandi doti di sensibilità ed empatia. Già, perché essere infermiere, significa avere una profonda sensibilità per l'umanità, per la comprensione, per la pazienza e per l'ascolto, associate alle capacità di fare e di agire tempestivamente. Ogni giorno, Angelo, tra le mura dell'ospedale, porta la sua professionalità e la sua persona, non si prende cura solo del corpo dei suoi pazienti ma anche della loro anima. E anche quando lo assalgono i dubbi e le preoccupazioni, Angelo non può fare a meno di essere quello che è, non può fare a meno di parlare con i suoi pazienti, anche con quelli che apparentemente non possono sentirlo, di stare vicino ai suoi colleghi più fragili, di insegnare ad altri tutto quello che sa e di

imparare sempre qualcosa.



L'infermiera. Tracciato di un cuore anomalo

Melita Gherardi
Ivvi, 2021

Il libro nasce da una raccolta di pensieri "dettati" a caso al cellulare durante i viaggi verso il lavoro e al ritorno verso casa. Rispecchia quello che viene pensato da tanti, ma che quasi nessuno ha la voglia di dire o non lo ritiene importante. Emozioni e sensazioni vissute in ogni piccola parte, in ogni singolo momento. Passaggi di vita di tutti i giorni, che rimangono impressi dentro di noi, fino a farci capire quanto la vita a volte sia ingiusta. Pensieri intimi, che ora verranno letti da tutti, nella speranza di far "vedere" le cose sotto un'altra luce. E magari chissà, dare la forza di reagire a qualcuno, o di cambiare inquadratura ad altri. Non vuole insegnare niente a nessuno, se non far emergere alcune situazioni viste da prospettive diverse. Facile dare per scontato, ma non impossibile

far emergere l'empatia. Il mettersi nei panni dell'altro, questa "cosa" facile da dire, ma per niente conveniente da fare.) Un libro che si legge tutto d'un fiato. Una catena di pensieri ed emozioni che l'autrice riesce ad imprimere su carta; esaltando la passione dell'infermiere non solo come operatore sanitario, ma come persona. Semplice ma d'impatto. Consigliato per chi vuole comprendere le gratificazioni e le difficoltà che questo lavoro comporta.

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 interesse 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. I. 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.

