

Nursing FORESIGHT

N. 1 2025

12.05.2025

NURSING FORESIGHT

Anno 35 - ISSN 1722-2214

In attesa di registrazione in tribunale

ISSN 1722-2214



Rivista dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
della provincia di Pavia



Le forme della formazione

***Prendersi cura
significa manifestare interessamento
solerte e premuroso, che impegna
sia il nostro animo sia la nostra attività,
verso qualcuno o qualcosa;
significa guardare con attenzione a colui
che ha bisogno di cura senza pensare
ad altro; significa accettare
di dare o di ricevere la cura.***

Papa Francesco

INDICE

SEZIONE 1: NOTIZIE DALL'OPI

- 6** *Matteo Cosi*
Editoriale
- 7** *La Redazione Nursing Foresight*
Bando di assegnazione contributo economico per i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight: premio Minerva 2025
- 8** *Isabel Santtiz e il Team del 12 maggio*
12 maggio: Pavia festeggia l'infermieristica
- 11** *Il gruppo formazione*
Le proposte di formazione di OPI Pavia
Alessia Currò
- 13** Congresso FNOPI Rimini 2025: L'infermiere, protagonista del cambiamento sanitario, tra innovazione, sfide e soluzioni.
Alice Marras, Noemi Pedrini, Alessia Pinnetta, Tommaso Costa
- 14** Congresso FNOPI 2025:
l'esperienza degli studenti di infermieristica pavese
- 17** *Fiorenza Bucci*
Progetto OPI: Giornata Mondiale del Diabete
- 20** *Consiglio Direttivo*
Progetto OPI Pavia: "Essere Infermiere".
Sensibilizzare al ruolo e alle competenze del professionista infermiere nelle Scuole
- 21**

SEZIONE 2: SPECIAL GUEST

- 22** *Matteo Martinato*
The care that saved me.
Il nostro lavoro (e la nostra ricerca) conta
- 24** *Giovanna Artioli*
La formazione infermieristica e la figura del Direttore delle attività didattiche professionalizzanti
Francesco Pittella
- 28** Vent'anni per la formazione infermieristica:
un percorso tra passione, sfide e innovazione
Paola Arcadi
- 30** "Abbi cura della tua umanità": la medicina narrativa nella formazione infermieristica

Editore:

Ordine delle Professioni
Infermieristiche (OPI) della Provincia
di Pavia

REDAZIONE:

Direttore Responsabile:

Dellafiore Federica

Direttore Editoriale:

Lorenzoni Monica

Comitato di Redazione:

Baldini Paolo, Bersani Viviana
Betella Marzia, Borri Michele
Caffi Margherita, Casella Silvia
Casole Lorenzo, Castoldi Maria
Ciprian Viviana, Croitoru Claudia
Curro Alessia, De Rose Laura
De Rose Maria Teresa, Diamanti Orejeta
Dinaku Nertila, Filippini Aurelio
Fusco Maria, Grazioli Andrea
Guardamagna Luca, Italia Rosario
Lampugnani Ilaria, Maggione Susanna
Milani Morgana, Modena Gloria
Monti Gaia, Mosca Beatrice
Pata Mariana, Pedrazzini Dorina
Perna Carmela, Petrarca Cristina
Prendin Fabiano, Riboli Orietta
Rita Montagna, Rosso Silvia
Rotondo Donato, Salmistraro Luca
Sandu Tatiana, Santtiz Isabel
Scarioni Daniela, Servi Pierpaolo
Stassi Patrizia, Tissino Tamara
Torsello Andrea, Tubbiolo Sara
Tudori Irina, Turrini Francesca

Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

INDICE

SEZIONE 3: ESPERIENZE SUL CAMPO

- Luca Fiocca*
32 Educare APS. Se tutto è buio, inizia almeno ad accendere un fiammifero. Poi il resto si vedrà.
- Gemma Papa*
33 La partnership del paziente nella co-creazione di conoscenze
- Viviana Bersani, Paolo Giobbi Mancini, Chiara Cortellazzi, Antonio Valitutto, Mariapia Delle Donne*
36 La medicina narrativa nella formazione
- Laura De Rose*
38 Paideia: la forma della conoscenza e della competenza. Esperienza dell'infermieristica specialistica nel wond care
- Ruggero Rizzini*
40 Un'altra forma di formazione? Ce lo chiede la società!
- Andreina Saba*
41 Le forme della formazione: il teatro come palcoscenico di crescita professionale, personale e collettiva
- Sara Rosaria Tubbiolo*
43 Riabilitazione delle Problematiche Pelvi-Perineali. Il ruolo dell'infermiere nella Riabilitazione delle Problematiche del Pavimento Pelvico
- Di Gennaro Antonella, Fusco Maria Antonietta, Ruggiero Anna*
45 Il potere delle soft skills: competenze essenziali per gli infermieri di oggi e domani
- Carola Capristo*
47 La formazione e le sue forme: un pilastro fondamentale per la professione infermieristica
- Sara Bonetti*
49 L'Arte della Cura: Formazione e Sperimentazione nelle Botteghe d'Arte di Niguarda
- Bardella Alessandro, Cusumano Elisabetta*
51 La violenza verso il personale sanitario nei Pronto Soccorso italiani: il personale sanitario è preparato ad affrontare al meglio queste situazioni?
- Sciandrone Gaetano Giuseppe, Ferretti Michela*
53 Teach-Back: Comunicare per Curare
- Massimiliano Barioglio*
55 Cosa mi aspetto dall'infermiere: pensieri schizofrenici o umanità?
- Monica Lorenzoni, Rita Montagna*
57 La formazione infermieristica nel tempo: riflessi dal passato, sfide del presente

Hanno collaborato a questo numero:

Matteo Cosi, Isabel Santtiz, Alessia Currò, Fiorenza Bucci, Luca Fiocca, Gemma Papa, Viviana Bersani, Paolo Giobbi Mancini, Chiara Cortellazzi, Antonio Valitutto, Mariapia Delle Donne, Laura De Rose, Ruggero Rizzini, Andreina Saba, Sara Rosaria Tubbiolo, Di Gennaro Antonella, Fusco Maria Antonietta, Ruggiero Anna, Carola Capristo, Sara Bonetti, Alessandro Bardella, Rita Monagna, Elisabetta Cusumano, Ferretti Michela, Sciandrone Gaetano Giuseppe, Massimiliano Barioglio, Aurelio Filippini, Paolo Merlini, Chiara Tuffarelli, Alessandra Tommasino, Cenzi Maria, Rampi Annamaria, Tommasino Alessandra, Silvia Casella, Bianchi Benedetta, Ingrosso Filippo, Leone Marianna, Colalelli Michela, Longo Zaira, Manzo Daniela, Olivazzi Federica, Saracino Lucia, Zoboli Valentina, Nepoti Giuliana, Carli Ilaria, Cieri Mariangela, Mornati Nicolò, Sorrenti Alessia, Maugeri Federica, Monica Lorenzoni, Leon Garcia Jesus Francisco Javier, 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

SEZIONE 4: LE NOSTRE RUBRICHE

- 59** *Aurelio Filippini*
Occhio al Codice
- 61** *Paolo Merlini*
L'angolo ENPAPI
- 62** *Chiara Taffurelli*
Focus Mental Health

SEZIONE 5: CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- 63** *Tommasino Alessandra, Cenzi Maria, Rampi Annamaria*
Gestione del Dolore e cure palliative domiciliari:
le sfide del caregiver
- Bianchi Benedetta, Silvia Casella*
- 69** Disturbo dello spettro autistico: Revisione narrativa
della letteratura sulle strategie infermieristiche per migliorare
la presa in carico del bambino e dei suoi famigliari
- Ingrosso Filippo, Leone Marianna, Colalelli Michela, Longo Zaira,
Manzo Daniela, Olivazzi Federica, Saracino Lucia,
Zoboli Valentina, Nepoti Giuliana*
- 74** Conoscenza e attivazione delle cure palliative nel paziente
ematologico affetto da linfoma: una survey del
Gruppo Infermieristico della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL)
- Leon Garcia Jesus Francisco Javier, Maugeri Federica, Sorrenti Alessia*
- 82** La percezione degli studenti in Infermieristica relativamente
alla sicurezza del paziente. Una revisione narrativa della letteratura

SEZIONE 5: NON SOLO NURSING

- 88** *Le vignette di Stefano Tartarotti*
- 89** *Le perle di Baldini*
- 90** *Worth of Reading*

EDITORIALE

Carissimi colleghi,

il prossimo mese, in qualità di Presidente, insieme ai colleghi Samuele Lampugnani (Tesoriere), Silvia Cuzzoni (Segretario), Antonello Galletti (Vicepresidente), Gianfranco Cucurachi (Presidente della Commissione d'Albo Infermieri), parteciperemo a un percorso formativo promosso dalla Federazione Nazionale, pensato appositamente per potenziare le competenze tecnico-amministrative, economiche e organizzative dei componenti ordinistici. Ognuno di noi, secondo il proprio ruolo, approfondirà tematiche strategiche con l'obiettivo di migliorare la governance dell'Ordine e offrire un servizio sempre più efficace agli infermieri pavesi.

Ho voluto iniziare da qui per ribadire quanto il detto *"non si smette mai di imparare"* sia più che mai attuale e rappresenti uno dei tratti distintivi della nostra professione negli ultimi settant'anni. Ovunque ci siamo recati con il progetto OPINCONTRA, abbiamo incontrato colleghi animati dal desiderio di acquisire nuove conoscenze e sviluppare competenze, in un'ottica di crescita professionale nei contesti più diversi. L'infermieristica è una grande professione, con un ventaglio ampio di opportunità che si adattano alle diverse inclinazioni, vocazioni e aspirazioni di ciascun professionista. Le possibilità di carriera si estendono oggi dall'ambito clinico a quello organizzativo, formativo, della ricerca, della libera professione e dell'università.

Il riconoscimento economico, seppur ancora parziale e concentrato nell'ambito pubblico, ha finalmente cominciato a produrre risultati concreti grazie all'introduzione degli *incarichi di funzione*. Questi strumenti hanno aperto alla progressione orizzontale, premiando l'impegno di molti colleghi che negli anni hanno investito nella formazione avanzata con master clinici (es. Case Manager, IFeC, Wound Care), generando impatti positivi sia sul piano organizzativo che nell'assistenza ai cittadini. Negli ultimi decenni, la crescita culturale e professionale degli infermieri è stata tra le più rapide e significative del mercato del lavoro. Siamo una comunità professionale che ha saputo evolvere: dalle scuole per infermieri agli attuali percorsi accademici universitari e ai dottorati di ricerca (con un nuovo dottorato recentemente attivato in Lombardia). Abbiamo innovato non solo nei contenuti, ma anche nelle modalità formative: dai lucidi alle slide, dalla didattica frontale alla simulazione avanzata, fino alla realtà virtuale. Ne sono testimonianza le tre aule di simulazione presenti nelle sedi universitarie pavesi e il proliferare di corsi post-base teorico-pratici offerti da società scientifiche e provider privati. Abbiamo anche costruito una nostra identità accademica: oggi è normale che a insegnare agli infermieri siano infermieri, e che ai congressi – anche internazionali – si parli di assistenza infermieristica. Questo è il risultato dell'impegno di molti colleghi che hanno saputo creare spazi autorevoli all'interno delle società scientifiche, a beneficio dell'intera categoria e della qualità dell'assistenza.

La realtà pavese vanta professionisti di eccellenza che ringrazio sinceramente: sono stati – e continuano a essere – esempio e

stimolo per le nuove generazioni, portando l'infermieristica ai tavoli regionali, nazionali e internazionali. Oggi possiamo contare su una solida università, con un corpo docente formato da infermieri con laurea magistrale, che garantisce piena spendibilità del titolo. Tuttavia, c'è ancora necessità di aumentare il numero di professori ordinari, tuttora esiguo rispetto al numero degli iscritti ai corsi di laurea in infermieristica. Nel nostro funzionamento, OPI Pavia ha previsto un *incarico strategico* dedicato alla formazione, affidato alla collega Maria Paola Sirtori. Insieme a Giacomo Ballardore e Luca Volpi, gestisce un investimento che il Consiglio Direttivo ha quantificato in oltre 60.000 euro annui, tra costi diretti e indiretti. Stiamo inoltre per consolidare il nostro ruolo di provider ECM, attraverso un concorso pubblico per un dipendente part-time dedicato, senza incrementare i costi del bilancio.

La formazione sarà il motore di uno sviluppo professionale che accompagnerà il futuro assetto della professione infermieristica, sempre più stratificato. Questo scenario richiederà una riorganizzazione delle risorse e un'offerta diversificata di infermieri specialisti che, pur irrigidendo in parte il mercato del lavoro, godranno di maggiore autonomia grazie anche alla possibilità di prescrivere e gestire l'assistenza fino alla dimissione. Il prossimo 12 maggio incontreremo la Federazione proprio per promuovere congiuntamente questo modello di evoluzione professionale, necessario per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. Guardando al futuro, è fondamentale che la formazione prepari le nuove generazioni all'impiego di strumenti innovativi come l'Intelligenza Artificiale (IA). L'IA sarà sempre più centrale nei processi decisionali, assistenziali e formativi. Come affermato da Bill Gates, nei prossimi 10 anni trasformerà radicalmente l'educazione e la medicina. Il medico – e con lui l'infermiere – non verrà sostituito, ma moltiplicato. (cit. Davide Galasso, 27/03/2025)

Sarà necessario acquisire competenze per comprendere da dove provengono i dati che alimentano l'IA, come essa li elabora e li restituisce. Così come un tempo abbiamo imparato a orientare cittadini e professionisti nella ricerca di informazioni affidabili online, oggi dovremo imparare a interpretare e governare risposte complesse generate dall'IA, integrate nei monitor, nelle cartelle infermieristiche, nei robot di somministrazione e persino nei piani assistenziali personalizzati.

È una sfida, ma anche una grande opportunità. Formare i nostri professionisti all'uso dell'IA significa potenziare la pianificazione dell'assistenza e la qualità della cura. Sarebbe auspicabile inserire tali contenuti nei progetti di OPI e nei curricula dei corsi di laurea triennale in tutta Italia. Le altre professioni sanitarie si stanno già muovendo in questa direzione: anche noi, come una delle eccellenze universitarie del Paese, dobbiamo farci trovare pronti.

Matteo Cusi
Presidente OPI Pavia

EDITORIALE

La Redazione Nursing Foresight

Cari colleghi,

con questo primo numero del 2025 si apre un nuovo quadriennio editoriale, che ci vedrà ancora insieme nel percorso di riflessione, approfondimento e crescita professionale che *Nursing Foresight* intende continuare a promuovere.

A partire da quest'anno, la rivista si presenta con un gruppo editoriale completamente rinnovato: nuove persone, nuove energie, nuove visioni. Un cambiamento che non è solo di nomi, ma di approccio, di stile e di intenzione. Con entusiasmo, vogliamo costruire uno spazio editoriale sempre più aperto, inclusivo e rappresentativo della pluralità delle esperienze infermieristiche del nostro Paese.

In questa prospettiva, ci siamo dati obiettivi ambiziosi: valorizzare le differenze, promuovere il dialogo tra generazioni e territori, accogliere contributi che parlino linguaggi diversi ma convergano nell'obiettivo comune di condividere i numerosi "punti di realtà" della nostra professione, spesso caratterizzati da un'elevata qualità. Perché – come Redazione ci teniamo molto a sottolinearlo – l'intento ultimo di *Nursing Foresight* è **dare voce, rendere visibili, far emergere e raccontare quei luoghi di bellezza indiscutibile della nostra professione**: esperienze di passione, resilienza, umanità e competenza che continuano a esistere e a resistere, nonostante le fatiche quotidiane e la crisi che ha investito l'infermieristica.

Vogliamo pertanto ringraziare tutti i colleghi che fin da subito hanno manifestato una disponibilità entusiasta e proattiva nel contribuire al progetto *Nursing Foresight*. È grazie a questo spirito di partecipazione che possiamo guardare con fiducia a ciò che verrà.

Abbiamo scelto di dedicare questo numero al tema della **formazione**, declinata in tutte le sue espressioni e in tutte le fasi del percorso professionale. Perché **formarsi non è un passaggio, ma un processo continuo**: è ciò che trasforma il sapere in competenza, e la competenza in cura. Nel contesto di una professione come quella infermieristica, in cui la scienza, la tecnica e la relazione si intrecciano quotidianamente, formarsi significa **restare in ascolto del cambiamento**, accogliere la complessità e rispondere con consapevolezza, responsabilità ed etica alle sfide emergenti. La formazione è ciò che ci permette di **evolvere come professionisti e come persone**, mantenendo viva quella tensione verso l'eccellenza che rende autentico il nostro agire. È lo strumento attraverso cui coltiviamo il pensiero critico, rinnoviamo la nostra identità professionale e continuiamo a garantire sicurezza, qualità e umanità nelle cure. Formarsi, dunque, non è un'opzione, ma **una necessità e una scelta etica**: è il modo con cui costruiamo il futuro della nostra professione, un gesto di cura rivolto a noi stessi, ai colleghi, e soprattutto alle persone che assistiamo.

Vogliamo anche cogliere l'occasione per aprire una riflessione sulla **questione etica della pubblicazione della tesi di laurea**. Troppo spesso questi lavori restano chiusi in un cassetto, quando invece potrebbero diventare contributi preziosi per il sapere condiviso. Crediamo che dare visibilità al pensiero e alla ricerca dei colleghi – soprattutto dei più giovani – sia un atto di giustizia scientifica e professionale. A tal riguardo, proponiamo il testo *"Il diritto di Autore in ambito universitario"*, di Giorgio Spedicato, che rappresenta una guida utile ai principi e alle norme fondamentali in materia di diritto d'autore per i diversi protagonisti della comunità accademica. In questa direzione si colloca il **bando "Premio Minerva 2025"**: in seguito al successo della prima edizione di qualche anno fa, la redazione di *Nursing Foresight*, con il supporto del Consiglio Direttivo di OPI Pavia, ripropone il bando per l'assegnazione di un contributo economico ai due migliori articoli scientifici **pubblicati sulla rivista nel corso del 2025**, con scadenza **20 ottobre 2025**, e con l'obiettivo di sostenere e promuovere la pubblicazione dei percorsi di ricerca infermieristica.

La Redazione è pienamente disponibile a supportare tutti i colleghi che desiderano trasformare le loro tesi o progetti in articoli scientifici da sottoporre alla rivista. Scriveteci, saremo felici di accompagnarvi.

Infine, da questo numero la rivista si arricchisce della sezione **"Le Nostre Rubriche"**, che contiene:

- **Occhio al Codice**, a cura del dott. Aurelio Filippini, per una lettura guidata e critica del nuovo Codice deontologico;
- **L'angolo ENPAPI**, a cura del dott. Paolo Merlini, spazio dedicato alla libera professione infermieristica;
- **Focus Mental Health**, una nuova rubrica che esplora il tema della salute mentale degli infermieri, trattando le sfide psicologiche e emotive della professione, con l'obiettivo di sensibilizzare sulla cura di sé e sul supporto necessario per mantenere il benessere mentale e la resilienza dei professionisti;
- **Come Eravamo**, una rubrica partecipativa che vuole raccontare la storia della nostra professione attraverso immagini e ricordi. Vi invitiamo a inviarci foto o testimonianze: sarà un modo per valorizzare la nostra memoria collettiva (dal numero di ottobre 2025)

Vi auguriamo buona lettura e, come sempre, **buon cammino professionale**.

Federica e Monica

Bando di assegnazione contributo economico per i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight: premio Minerva 2025

(approvato con Delibera N. 22 del 07/02/2023)

DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO: 20 marzo 2025

CONTENUTI:

1) Bando di assegnazione contributo economico per i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight: premio Minerva 2025

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia intende destinare, con Delibera n. 22 del 7/2/2025, n. 2 contributi economici di € 500,00 (per un totale di € 1.000,00 per le 2 premialità) finalizzati a premiare i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight (<https://www.nursingforesight.it>).

Il pagamento verrà effettuato direttamente da OPI Pavia in favore dell'autore corrispondente (corresponding author) degli articoli selezionati come vincitori.

1. Ambito

L'iniziativa del Premio Minerva viene proposta dal Direttore Responsabile e Direttore Editoriale della rivista Nursing Foresight, nuovo organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia. Nursing Foresight raccoglie l'eredità di "Infermiere a Pavia", custodendone il bagaglio culturale e professionale che ha accompagnato la comunità infermieristica pavese dal 1989 ad oggi. Nursing Foresight 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. La pubblicazione dei lavori è gratuita.

Finanziare con una premialità economica autori che decidano di pubblicare le proprie ricerche scientifiche su Nursing Foresight rappresenta un asset strategico per il territorio pavese, un messaggio chiaro a tutti gli iscritti che OPI Pavia ha desiderio di investire su chi desidera fare e fruire di ricerca di alto livello. Il respiro dell'iniziativa vuole essere di carattere nazionale, potranno infatti concorrere al premio tutti i contributi scientifici accettati per la pubblicazione sulla rivista nell'anno 2025, senza porre limiti circa l'OPI di appartenenza degli autori.

Il fine ultimo è elevare la scientificità della rivista, ottenendo al contempo rilevanza e magnitudine su scala nazionale facendo conoscere il Premio Minerva. Per gli iscritti di OPI Pavia il ritorno preventivato è la costruzione di una rivista di alto impatto e di utilità al fine dell'aggiornamento professionale.

2. Requisiti generali di ammissione e termini del premio Minerva

I potenziali candidati al contributo economico oggetto del presente bando non dovranno produrre documentazione accessoria o presentare esplicita domanda di partecipazione. L'iter di accesso è volutamente semplificato, al fine di raggiungere il maggior numero di professionisti e si sovrappone a quello in uso per la pubblicazione su Nursing Foresight.

Gli autori dovranno:

- Sottomettere uno o più lavori scientifici alla redazione di Nursing Foresight seguendo le linee editoriali e le indicazioni presenti sul sito: <https://www.nursingforesight.it/norme-editoriali.html>

Successivamente:

- Tutti i lavori scientifici inviati nell'anno 2025 e che abbiano ottenuto comunicazione di accettazione alla pubblicazione da parte della Redazione **entro il giorno 20 ottobre 2025 alle ore 24:00** potranno automaticamente concorrere al presente bando. Come riportato al punto n.1 del presente bando gli autori potranno essere iscritti ad un qualsiasi Ordine Provinciale italiano. Tutti gli autori iscritti a un qualsiasi OPI Provinciale dovranno poter dimostrare in un qualsiasi momento la regolare iscrizione in regola per l'annualità in corso. I lavori scientifici che rientrano come concorrenti al presente bando, saranno inviati dalla redazione Nursing Foresight alla segreteria OPI PV (info@opipavia.it) per garantirne l'ufficializzazione e la tracciabilità.

OPI Pavia valuterà, ai fini del presente bando, esclusivamente pubblicazioni a carattere scientifico originale, inerenti alla disciplina infermieristica e i cui autori principali (primo, ultimo e autore corrispondente) siano effettivamente infermieri o infermieri pediatrici.

4. Commissione esaminatrice

Le pubblicazioni con le caratteristiche elencate al punto n. 3 del presente bando (già tutte di alto spessore in quanto già accettate per pubblicazione su Nursing Foresight seguendo il regolare iter di peer review) verranno valutate da una commissione composta dal Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia, dal Direttore Responsabile di *Nursing Foresight* e dal Direttore Editoriale di *Nursing Foresight* e da n. 2 colleghi esperti di ricerca infermieristica a cui si chiederà di collaborare a tale iniziativa. In seguito alla loro adesione, i nominativi degli esperti verranno proposti dunque al consiglio direttivo di OPI Pavia per la formalizzazione e la nomina del gruppo di esame. In seguito alla valutazione dei contributi scientifici, verranno identificati i due articoli vincitori del bando minerva. La nomina dei due articoli vincitori avverrà ad opera del Consiglio Direttivo, su proposta del Comitato Scientifico, in seguito a valutazione della commissione.

La graduatoria di merito verrà pubblicata sui canali ufficiali di OPI Pavia (sito internet OPI Pavia, sito internet Nursing foresight) **entro il giorno 17 novembre 2025 alle ore 24:00**.

La valutazione delle pubblicazioni sarà effettuata dalla Commissione esaminatrice che riceverà i manoscritti ed attribuirà un punteggio sulla base dei seguenti criteri (punteggio massimo 30 punti):

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

Gli autori dei due lavori scientifici migliori, in possesso dei criteri formali per la partecipazione e con il punteggio più alto otterranno il finanziamento che verrà erogato nelle modalità sopra descritte.

Si specifica che qualora un autore avesse inviato più di un contributo scientifico a Nursing Foresight, pubblicati sui numeri della rivista nell'anno 2025, e sia collocato in una qualsiasi posizione di autore principale (primo, ultimo e autore corrispondente) in due o più di questi lavori, la commissione escluderà automaticamente dalla graduatoria il lavoro dal punteggio più basso. Con questa procedura si garantirà che i due premi di € 500,00 vengano assegnati ad autori diversi.

Ulteriori criteri per la valutazione, in caso di parità di punteggio:

- La presenza di uno o più autori in posizione prevalente (primo, ultimo, corrispondente) iscritto/i presso l'Ordine delle Professioni di Pavia
- La minore età dell'autore di corrispondenza

Specifiche circa la conclusione dell'iter e sullo scorrimento della graduatoria:

- La valutazione verrà effettuata dalla Commissione nominata che produrrà i verbali per la valutazione e fornirà i nomi al consiglio direttivo per la nomina dei vincitori. In tempo utile verranno resi noti i risultati della valutazione all'autore corrispondente che, in accordo con il resto dei coautori, deciderà se accettare il contributo economico.

Gli autori che non dovessero rispondere alla comunicazione di vincita del premio entro 3 giorni lavorativi risulteranno automaticamente come rinunciatari e in tal caso avverrà lo scorrimento della graduatoria.

- A seguire alla comunicazione dei risultati e in caso di rinuncia esplicita del team di autori vincitore di uno e entrambi i contributi economici, la borsa verrà rimessa a disposizione secondo la graduatoria di merito.
- L'autore corrispondente dei lavori risultati vincitori e che accettassero il premio Minerva oggetto del presente bando dovrà autocertificare la regolare iscrizione degli autori iscritti a un qualsiasi OPI Provinciale italiano; gli autori dovranno essere altresì in regola con il pagamento della quota di iscrizione con il proprio Ordine di appartenenza per l'anno corrente.
- L'autore corrispondente sarà l'unico canale ufficiale di comunicazione fra il team di autori e OPI Pavia.
- Nel caso in cui nessun articolo scientifico con le caratteristiche sopraelencate dovesse pervenire all'attenzione della rivista Nursing Foresight nell'anno 2025 i contributi economici non verranno assegnati.

5. Finanziamento della borsa

Complessivamente verranno assegnati ai due team di autori vincitori del premio Minerva € 500,00 (due premialità ai due migliori articoli pervenuti per un totale di € 1000,00).

L'accettazione della somma implicherà l'impegno per i beneficiari ad essere presenti ad una eventuale cerimonia di premiazione, il consenso alla pubblicazione dei dati del team di autori sul sito OPI Pavia, nonché il consenso alla pubblicazione di materiali e immagini sui social istituzionali e sulla rivista Nursing Foresight.

OPI Pavia non pone alcuna indicazione circa come gli autori decideranno di ripartire la premialità eventualmente conseguita, la premialità verrà attribuita a mezzo di bonifico bancario alle coordinate segnalate dall'autore corrispondente in un'unica soluzione ed entro la fine di Dicembre 2025. Come di consueto nella letteratura scientifica l'autore corrispondente sarà l'unico canale ufficiale di comunicazione fra il team di autori e OPI Pavia. Pertanto, ci si rimette all'autore corrispondente per un *fair use* della premialità dopo che questa sia stata ricevuta. Agli autori la scelta di attuare una spartizione fra gli autori principali, uno o tutti gli autori, o per reinvestire il premio in iniziative di cui beneficino tutti gli autori.

6. Pubblicazione del Bando

Il presente bando è disponibile online sul sito www.opipavia.it e nella pagina Facebook Istituzionale "Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Pavia", nonché sul sito di Nursing Foresight: <https://www.nursingforesight.it/> e sulle pagine social della rivista Nursing Foresight (Facebook, Instagram, LinkedIn).

7. Trattamento dei dati personali

- Con riferimento alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed in ottemperanza a quanto previsto dal "Regolamento Generale sulla protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2006, si informa che i dati personali forniti dai candidati sono registrati e trattati esclusivamente dal RDP dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia per le finalità di gestione delle attività inerenti il concorso.
- Si precisa che è obbligatorio comunicare i dati richiesti per la partecipazione al concorso, pena l'esclusione dalla selezione.
- I candidati godono dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo, tra i quali il diritto di accesso ai dati che li riguardano, nonché, alcuni diritti complementari tra cui il diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché, il diritto di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento.

8. Disposizioni finali

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine all'indirizzo info@opipavia.it

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia si riserva ogni facoltà in merito alla proroga, sospensione, nonché alla revoca o all'annullamento del presente bando.

Presidente OPI Pavia, Dott. MATteo Cosi
Direttore Responsabile Nursing Foresight, Prof.ssa Dellafiore Federica

12 maggio: Pavia festeggia l'infermieristica

Isabel Santtiz e il Team del 12 Maggio

Tutto nasce da Matteo Così che mi dice: "quest'anno ti occuperai del 12 Maggio"

Ed ecco, sequenziale:

perplexità

timore

eccitazione

ma soprattutto... vuoto, l'ispirazione questa sconosciuta, ma io cosa m'invento? Cosa posso fare che non sia già stato fatto? Che cosa varrebbe la pena di dire alla gente, alla comunità? Forse sono troppe le cose che ci sarebbero da dire alla popolazione, come scegliere? E soprattutto, come dirlo?

Dicono che il sonno porti consiglio e che le muse ti vengano a trovare se chiamate, e così, come in un flash, ecco la visione: un sole, un argomento principale con una macrotematica, e i suoi raggi, che orbitino intorno al proprio sole appunto come satelliti (e infatti è così che li abbiamo chiamati) e attraverso i quali cercare di spiegare almeno un pezzetto della vastità del mondo infermieristico alla comunità. Riunito alla velocità della luce un gruppo di lavoro aperto a tutti gli infermieri con buona volontà, sottopongo l'idea: viene accolta con entusiasmo.

Così nasce il progetto del 12 maggio '25, a dicembre 2024,



che abbiamo chiamato "l'Infermiere, tra passato e futuro". Abbiamo lavorato con lo scopo di rivolgerci alla popolazione e promuovere la salute in tutte le sue sfaccettature, mostrando come l'infermiere applichi la sua professiona-



lità in molteplici contesti. In questa ottica il filo conduttore dell'ideazione è stato rappresentato dal passato e dal futuro della nostra professione: da dove veniamo e dove vogliamo arrivare, passando per un presente che, in certi contesti, rimane sconosciuto alla popolazione. Il frutto di tutte queste idee, quindi, è stata la progettazione di un evento che ha avuto come struttura una zona principale "delle premiazioni" dove rendere omaggio agli infermieri del passato e quelli del futuro (laureandi), con musica dal vivo, e sei "satelliti" periferici che hanno espresso alcuni dei principali ambiti di azione dell'infermiere:

1. "Salvaci, salviamoci": dedicato al mondo dell'urgenza/emergenza, in collaborazione con AREU.
2. "Cure vicino a te": dedicato all'assistenza territoriale e i servizi disponibili presso le case comunità (in collaborazione con ATS e ASST)
3. "Giochiamo a essere infermiere?" dedicato al mondo pediatrico, coinvolgimento del bambino durante la cura e le manovre (in collaborazione con Associazione Giovani col Diabete Pavia, La compagnia del Sorriso ODV e Dream Team Events)
4. "Quizzami Sano" dedicato alla cultura dello stile di vita sano e allo sport
5. "Il dono che cura", dedicato alla sensibilizzazione e all'importanza del trapianto d'organo (in collaborazione dell'associazione Trapiantami un sorriso)

6. "Cure su misura, per vite in miniatura", dedicato alle cure del neonato prematuro e della sua famiglia (in collaborazione dell'associazione "Aiutami a crescere").



Come gruppo di lavoro abbiamo coinvolto quante più persone possibili e abbiamo cercato l'aiuto di alcune associazioni locali e delle principali aziende sanitarie del territorio (Fondazione Maugeri, Istituti Clinici Città di Pavia, Fondazione Mondino, ASP Pavia, ASST, ATS, IRCCS Policlinico San Matteo), nonché dell'Università di Pavia e del Comune di Pavia, ottenendo anche il patrocinio non oneroso di tutti.



Domenica 11 Maggio dalle 15:00 in Piazza del Carmine, è iniziato il nostro evento e per celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere, tutti i satelliti erano operativi, la musica di sottofondo e la piazza iniziava a riempirsi. Dopo mezz'ora abbiamo dato il benvenuto a tutti e salutato le autorità, tra cui, il sindaco di Pavia Michele Lissia, il presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia Matteo Così e il dirigente delle professioni Sanitarie Michele Pirovano. Durante il pomeriggio nel palco centrale si sono susseguiti gli studenti che hanno trattato temi come l'ascolto, la telemedicina e la passione per il proprio lavoro, intervallati dalla musica eseguita dal nostro collega

Lorenzo Barruzza che ha capeggiato il trio "gli immiliori". I componenti dei satelliti hanno coinvolto sia i bambini con giochi, palloncini, bolle, truccabimbi, sia gli adulti con domande a risposte multiple sullo stile di vita sano, rilevazione parametri vitali, illustrazioni dei servizi offerti dal territorio, sensibilizzazione sul trapianto d'organo, dimostrazione di primo soccorso con gioco musicale che dava il ritmo al massaggio cardiaco, esposizioni di unità di soccorso avanzato, spiegazioni e scambi sulla cura del neonato prematuro e presa in carico del nucleo familiare. L'affluenza è stata tantissima e i colleghi che sono passati hanno partecipato attivamente.

Una Giornata Internazionale dell'Infermiere indimenticabile ricca di impegno, dedizione ed entusiasmo che ha contribuito a creare con la comunità un momento speciale e ricco di significato e condivisione. Abbiamo condiviso idee, energie, passione e un obiettivo comune: celebrare e valorizzare il ruolo fondamentale degli infermieri.

Ringraziamo chi ci ha supportati in questi mesi e chi continua a crederci, come tutti noi, specialmente alle aziende e alle associazioni che ci hanno patrocinato, con un pensiero particolare al Comune di Pavia.

Il Team del 12 Maggio è composto da: Alessia d'Errico, Antonello Galletti, Aurelia Campaci, Brikena Gjuzi, Claudia Canini, Contiero Roberta, Debora D'amico, Fernanda Clerc, Fiorenza Bucci, Gianfranco Cucurachi, Giuseppe Altruda, Irina Tudori, Jasmine Leibovitch, Lorenzo Barruzza, Mariateresa Negri, Massimiliano Barbieri, Matteo Così, Paolo Baldini, Rosalia Speciale, Silvia Sozzi, Stefania Florio, Stefania Pisano. E gli studenti del terzo anno di Infermieristica: Gal Tibor Norbert, Luca Vaghi, Noemi Pedrini, Giorgia Sossella.

Grazie infinite a tutti voi.



Le proposte di formazione di OPI Pavia

Il gruppo formazione

Ordine Professioni Infermieristiche Pavia

Pavia via Flarer n. 10
c/o Aula formazione OPI PAVIA
28 MAGGIO 2025 h 14:00 - 18:00

**CORSO RESIDENZIALE
4,3 CREDITI ECM**

**E.C.M.:
ISTRUZIONI PER IL PROFESSIONISTA
SANITARIO**

Responsabile scientifico
Dott. Pittella Francesco

Aperto a infermieri e infermieri pediatrici
MAX 50 posti disponibile
Iscrizione entro 27/05/2025
Iscrizione gratuita
Per iscrizioni contatta:
formazione@opipavia.it

PROVIDER ECM
OPI PAVIA
Segreteria Organizzativa
0382 - 525609
formazione@opipavia.it

Anche nel 2025 Il Provider ECM OPI Pavia propone un'offerta formativa ECM ai propri iscritti.

Come per gli anni passati sono stati attivati due corsi ECM in modalità FAD per un totale di 10,5 crediti ECM. Le iscrizioni sono attive ed i corsi sono fruibili fino al 31/12/2025.

Per quanto ri-

guarda la formazione ECM Residenziale è da poco stato aperto il corso "E.C.M.: istruzioni per il professionista sanitario", il cui scopo è quello di formare i colleghi sul sistema ECM, sulla piattaforma COGEAPS e sulle potenzialità della stessa. Vi aspettiamo numerosi in data 28 Maggio 2025 dalle ore 14 alle 18 a Pavia via Flarer 10 presso la sede OPI Pavia (aula formazione). Oltre a questi corsi vengono organizzati a cadenza regolare corsi BLSD American Heart Association, accreditati ECM per

CFR

Ordine Professioni Infermieristiche Pavia

Authorized Training Center

AED

CORSO BLSD

AMERICAN HEART ASSOCIATION
ADULTO E PEDIATRICO

APERTO A TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
8,9 CREDITI ECM
CERTIFICAZIONE BLSD INTERNAZIONALE

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
formazione@opipavia.it**

COSTO:
• 60 euro iscritti OPI PAVIA
• 90 euro non iscritti OPI PAVIA

PROVIDER ECM E TRAINING CENTER AHA
OPI PAVIA

Consulta la nostra offerta formativa sulla piattaforma
<https://opipavia.salavirtuale.com>

Ordine Professioni Infermieristiche Pavia

Per iscrizioni accedi sulla
piattaforma formazione on line:
<https://opipavia.salavirtuale.com>

**CORSO FAD
6 CREDITI ECM**

**GUIDA ALLA COMPILAZIONE
BIBLIOGRAFICA**

Responsabile scientifico
Dott.ssa Federica Dellafore

Aperto a tutte le professioni sanitarie
MAX 500 posti disponibili
Iscrizioni dal 01/04/2025 al 31/12/2025
Iscrizione gratuita
Per domande contatta:
formazione@opipavia.it

PROVIDER ECM
OPI PAVIA
Segreteria Organizzativa
0382 - 525609
formazione@opipavia.it

un totale di 8,9 crediti ECM. Attualmente le date pianificate sono il 14 Maggio ed il 24 Maggio dalle 08:30 alle 13:30 a Pavia via Flarer 10 presso la sede OPI Pavia (aula formazione). Nel mese di Giugno verranno organizzate ulteriori date.

Con piacere vi

ricordiamo che per rimanere aggiornati sull'offerta formativa ECM OPI Pavia è sufficiente accedere alla piattaforma on line <https://opipavia.salavirtuale.com/> con le proprie credenziali (se mai cambiate username: proprio codice fiscale in minuscolo, password: OPIpavia123!).

In caso di qualsivoglia dubbio, quesito, proposte per organizzare eventi ECM o difficoltà con la piattaforma vi invitiamo a contattarci all'indirizzo mail formazione@opipavia.it

Ordine Professioni Infermieristiche Pavia

Per iscrizioni accedi sulla
piattaforma formazione on line:
<https://opipavia.salavirtuale.com>

**CORSO FAD
4,5 CREDITI ECM**

**ACCESSI VENOSI:
APPROCCIO PROATTIVO NEL PROCESSO DI
CURA OSPEDALE - TERRITORIO**

Responsabile scientifico
Dott. Mantovan Fabio

Aperto a tutte le professioni sanitarie
MAX 500 posti disponibili
Iscrizioni dal 15/03/2025 al 31/12/2025
Iscrizione gratuita
Per domande contatta:
formazione@opipavia.it

PROVIDER ECM
OPI PAVIA
Segreteria Organizzativa
0382 - 525609
formazione@opipavia.it

Congresso FNOPI Rimini 2025: L'infermiere, protagonista del cambiamento sanitario, tra innovazione, sfide e soluzioni.

Alessia Currò, studentessa Corso di Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Parma

Nell'attuale e multiforme scenario del Sistema Sanitario contemporaneo, la formazione infermieristica si configura come un pilastro strutturale imprescindibile per assicurare qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria erogata alla collettività. In un contesto dinamico, contraddistinto da sfide emergenti, crescente complessità clinico-assistenziale, progressi tecnologici, un marcato approccio *evidence based* e una maggiore consapevolezza dei diritti e delle esigenze dei pazienti, l'aggiornamento professionale continuo e l'acquisizione di nuove competenze rivestono un'importanza cruciale per garantire prestazioni sanitarie sicure, efficaci e centrate sulla persona. Soltanto attraverso un percorso di formazione continua e specifica è possibile erogare cure che non solo rispondano a criteri di sicurezza ed efficacia, ma che siano anche profondamente individualizzate e conformi alle più recenti evidenze scientifiche e alle *best practices*.

Proprio in questo contesto si è inserito il Terzo Congresso Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), tenutosi a Rimini dal 20 al 22 marzo 2025. Questo evento non ha rappresentato una semplice occasione di incontro ed aggiornamento professionale, ma un vero e proprio forum strategico, meticolosamente concepito per promuovere una riflessione approfondita e multidisciplinare sull'importanza cruciale della professione infermieristica e sulle sue molteplici sfaccettature.

L'immagine guida scelta per incarnare lo spirito e gli obiettivi di questo significativo appuntamento è stata quella di

un cubo di Rubik, simbolo universalmente riconosciuto di complessità, *problem solving* e della necessità di una visione sistemica per la risoluzione di problematiche intricate. Il titolo del congresso stesso, "Infermiere³ Innovazione, sfide e soluzioni. La giusta combinazione per governare la complessità", esprime con chiarezza l'intento di potenziare la professione infermieristica, rendendola capace di affrontare e gestire le sfide sempre più intricate del sistema sanitario. Analogamente alla risoluzione del celebre cubo tridimensionale, che richiede la considerazione di tutte le sue facce e l'analisi di ogni singolo elemento e della sua interconnessione, la gestione della complessità del sistema sanitario esige un approccio olistico e multidisciplinare in cui ogni professionista, a partire dall'infermiere, contribuisca in modo coordinato e sinergico.

Elevare al cubo la figura dell'infermiere veicola un messaggio potente e poliedrico. In primo luogo, evidenzia la necessità di potenziare la professione attraverso un investimento continuativo nella formazione, nello sviluppo di competenze specialistiche e nel riconoscimento del ruolo avanzato che gli infermieri possono e devono esercitare all'interno del sistema di cura. In secondo luogo, sottolinea l'importanza di ampliare la rete di interlocutori istituzionali, rafforzando il dialogo e la collaborazione con le diverse figure politiche e amministrative, al fine di promuovere politiche sanitarie che valorizzano il contributo infermieristico. Infine, pone l'accento sulla necessità di garantire una sempre maggiore attenzione ai bisogni della popolazione, centralizzando la figura del paziente



nel percorso assistenziale e assicurando una presa in carico che sia non solo tecnicamente ineccepibile, ma anche profondamente umana e sensibile alle specifiche esigenze di ogni individuo.

La partecipazione ha registrato numeri da record, con circa 5.000 infermieri provenienti da tutta Italia in rappresentanza dei 102 Ordini Provinciali dislocati sul territorio nazionale.

Ad inaugurare l'evento la Filarmonica di Rimini intonando Ode to Joy di Beethoven seguita dal caloroso saluto del Sindaco di Rimini Jamil Sadegholvaad entusiasta di ospitare infermieri ed esponenti della Federazione e del Governo. E' seguita poi la sfilata dei 102 Ordini Provinciali, culminata nel significativo discorso della Presidente della Federazione, Barbara Mangiacavalli. Parole importanti, che hanno racchiuso il vero significato dell'evento: "Parlare di infermieri non significa parlare di una singola categoria, ma di un problema che coinvolge tutta la collettività. Dire 'alla terza' è elevare al cubo la figura dell'infermiere. Il cubo di Rubik rappresenta un problema da risolvere e noi infermieri, lasciatemelo dire con franchezza, siamo quelli che risolvono i problemi non che li creano". Con queste prime affermazioni ha sottolineato come le questioni relative agli infermieri abbiano un impatto su tutta la società. "Il benessere di chi cura e di chi viene curato passa da un reciproco rispetto ed empatia e la 'cura dei curanti' è un concetto che verrà introdotto con il Codice Deontologico, prenderci cura di chi cura". "Non è pensabile che ci siano ancora divari salari e formativi tra i vari paesi della comunità europea. Se è vero che in Italia formiamo i migliori infermieri d'Europa, reclutati spesso all'estero, è anche giusto che chi entra in Italia deve esercitare questa nobile professione intellettuale con la stessa preparazione di chi esce". "Non è rinviabile una riflessione sul perimetro in cui agiamo, e la valorizzazione degli infermieri è indispensabile anche per accompagnare i sistemi di innovazione". La Presidente ha poi concluso con un appello alla pace da parte di una professione che conosce bene i

teatri di guerra e le atrocità dei campi di battaglia.

A seguire, l'intervento del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, il quale ha sottolineato come "solo con un gioco di squadra riusciremo a preservare una sanità ispirata ai principi di universalità, solidarietà e uguaglianza". L'infermiere è stato riconosciuto come una figura chiave del cambiamento, con un ruolo sempre più centrale nella sanità del terzo millennio.

Tra le iniziative più innovative e di significativo impatto si è indubbiamente distinto il "villaggio della formazione in simulazione", un'esperienza immersiva e che ha rappresentato un vero e proprio elemento di eccellenza dell'evento. Questo villaggio, composto da dieci *simulation room* dotate di tecnologie all'avanguardia, ha offerto ai partecipanti un'opportunità unica di confrontarsi con scenari clinici realistici. Attraverso la simulazione ad alta fedeltà, gli infermieri hanno potuto affinare le proprie competenze pratiche in aree critiche e ad elevata complessità, quali: gestione del cateterismo vescicale, emergenza pediatrica, gestione infermieristica del PICC, ecografia infermieristica, gestione della tracheostomia, gestione delle vie aeree e decompressione pleurica in emergenza, intervento di *stop the bleed*, auscultazione cardiopolmonare, valutazione infermieristica del pz. in emergenza e gestione delle stomie.

Toccante l'intervento di Gianrico Carofiglio, scrittore ed ex magistrato. Con la sua profonda sensibilità, ha sottolineato il valore intrinseco delle professioni di cura, evidenziando che "l'infermiere non si comporta con gentilezza e coraggio perché è <<carino>>, ma perché siamo membri della razza umana". Le sue parole lasciano spazio ad una profonda riflessione su chi è l'infermiere: protagonista, assieme al paziente, di storie di malattia, di resilienza e di valorizzazione dei sentimenti umani più autentici.

I visitatori hanno avuto la possibilità di esplorare alcune sezioni del Museo Internazionale dell'Arte Filatelica Infermieristica del MOSAI (Mostra Storica dell'Assistenza Infermieristica) rappresentando un'opportunità unica per



immergersi nella storia e nell'evoluzione della professione infermieristica attraverso diverse forme di espressione culturale, offrendo una prospettiva affascinante sul passato, sul presente e sul futuro della professione. La connessione con la storia della professione infermieristica contribuisce a rafforzare l'identità professionale, promuovere un senso di appartenenza e ricordare la promessa fatta il giorno di iscrizione all'Ordine: curare e *adsistere*.

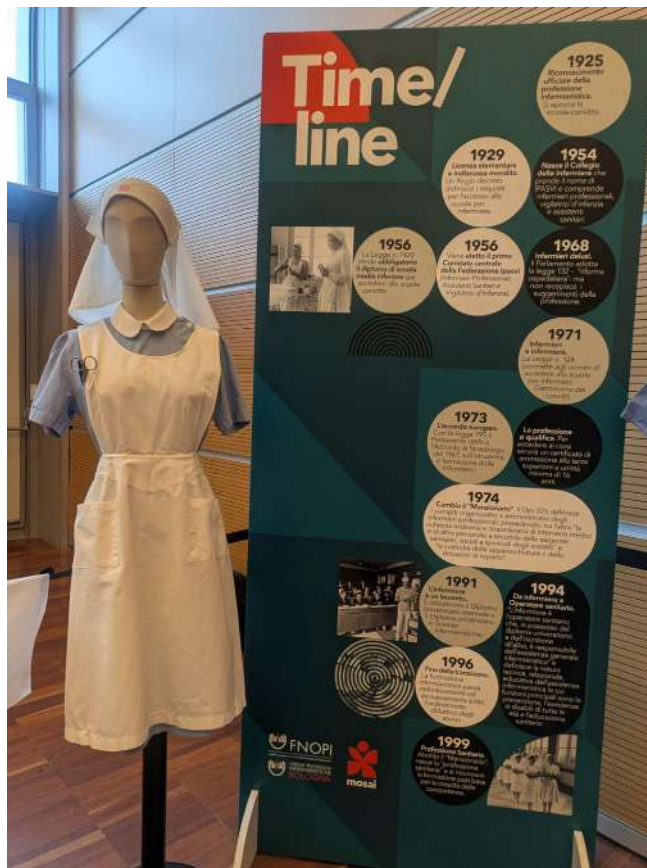
Di grande rilevanza è stata anche la partecipazione del European Nursing Council che riunisce gli organismi di regolamentazione europei della professione infermieristica. Il Presidente Mircea Timofte ha offerto una prospettiva di ampio respiro sulla questione infermieristica, inquadrandola come un problema comune a livello europeo. Gli infermieri, in quanto professionisti che operano quotidianamente a stretto contatto con i pazienti, possiedono una conoscenza approfondita dei bisogni e delle criticità del sistema sanitario. E' pertanto fondamentale che la loro voce sia ascoltata e che vengano coinvolti attivamente nei processi decisionali, sia a livello nazionale che europeo, per garantire politiche sanitarie efficaci e rispondenti alle reali esigenze della popolazione.

Il momento più atteso del congresso è stato, senza dubbio, dedicato alla presentazione dell'aggiornamento del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, entrato in vigore proprio il 22 marzo 2025, in concomitanza con la chiusura dell'evento. Questo documento fondamentale, che rappresenta la bussola etica e professionale per ogni infermiere, è stato oggetto di un'attenta revisione e un significativo aggiornamento, al fine di rispondere in modo adeguato alle nuove sfide ed evoluzioni del complesso contesto sanitario contemporaneo. La presentazione, arricchita dalla lettura di Paolo Romano, ha sottolineato l'importanza vitale di un'etica professionale solida, costantemente aggiornata e profondamente condivisa, come elemento imprescindibile per garantire qualità, sicurezza e l'umanizzazione dell'assistenza infermieristica. Il Codice Deontologico non è solo un semplice insieme di regole, ma un vero e proprio patto tra professionisti e cittadini, un impegno a fornire cure basate sui principi di rispetto, dignità, autonomia e responsabilità. Il lavoro di revisione ha richiesto due anni di incontri e lavori di gruppo portando l'aggiornamento di 35 articoli. Riunioni che hanno visto partecipi gli Ordini Provinciali attraverso l'invio di osservazioni specifiche, apportando 266 contributi. In qualità di esperti hanno partecipato Aurelio Filippini, Renato Balduzzi, Giuliana Masera, Simona Calza, Mario Morcellini, Maria Grazia De Marinis, Massimo Angelelli e Luisella Battaglia.

Il Codice è composto 55 articoli ed introduce questioni fondamentali come quella espressa all'articolo 15 dal titolo la 'cura dei curanti' che recita: "l'infermiere nei diversi livelli di responsabilità si prende cura dei propri colleghi e delle loro famiglie e persone di riferimento, offrendo supporto ed assistenza, contribuendo a creare un ambiente di lavoro positivo e collaborativo. Promuove principi di

altruismo e solidarietà professionale".

Il congresso ha portato diverse novità significative testimoniando la costante volontà della FNOPI a rimanere all'avanguardia e di offrire ai propri iscritti opportunità concrete di crescita professionale e di sviluppo personale, configurandosi come un'occasione fondamentale per analizzare lo stato dell'arte della professione, identificare le aree di miglioramento e delineare le strategie future per affrontare le sfide emergenti nel settore sanitario. Gli infermieri, anche in questa circostanza, si sono dimostrati costanti nella promozione e nella ricerca di percorsi formativi avanzati, nella creazione di opportunità per lo sviluppo di competenze specifiche e nel riconoscimento del contributo fondamentale nei riguardi della *clinical practices*. Le iniziative hanno dimostrato l'impegno della Federazione nel promuovere l'eccellenza della nostra professione e nel fornire ai propri membri gli strumenti e le risorse necessarie per affrontare le sfide del sistema sanitario odierno. L'aggiornamento del Codice Deontologico riflette l'impegno nel mantenere elevati standard etici e professionali e nell'adattarsi ai cambiamenti sociali in corso, basati sul garantire e conquistare la fiducia dei cittadini nei confronti della professione. Il congresso FNOPI è stato solo il punto di partenza per un cambiamento significativo nella professione infermieristica e la sua eredità deve essere coltivata e trasformata in azioni concrete per garantire un futuro in cui l'infermiere sia veramente 'elevato alla terza'.



Congresso FNOPI 2025: l'esperienza degli studenti di infermieristica pavese

UNO SGUARDO AL MONDO DEGLI INFERMIERISTICA

Marras Alice, Pedrini Noemi e Pinnetta Alessia

studentesse Corso di Laurea in Infermieristica,
Università degli Studi di Pavia

In occasione del Congresso Nazionale FNOPI 2025, svoltosi a Rimini dal 20 al 22 marzo, per la prima volta è stata aperta la partecipazione anche agli studenti di infermieristica, considerati come i rappresentanti del futuro della professione. Una preziosa opportunità che noi studentesse abbiamo scelto di cogliere, consapevoli del valore che un'esperienza di questa portata ci avrebbe potuto offrire. Ha rappresentato per noi un primo, autentico approccio al grande mondo dell'infermieristica, che ci ha permesso di osservare da vicino la realtà verso cui stiamo andando incontro.

Il cubo di Rubik, simbolo del congresso di quest'anno, è stato capace di rappresentare in modo semplice ma efficace l'emblema della complessità e dell'equilibrio che caratterizzano il sistema salute e la professione infermieristica. Come nel cubo, non basta risolvere un solo lato: serve visione d'insieme, collaborazione e impegno condiviso per trovare la giusta combinazione che consenta di affrontare le sfide del presente e del futuro. Questa immagine ci ha ispirate a guardare alla nostra formazione come parte di un disegno più ampio, dove ogni tassello è importante e contribuisce alla costruzione di un progetto comune. Anche la parola "Infermiere", elevata al cubo nel titolo del congresso, ci ha colpite in quanto sottolinea la necessità di potenziare la professione, non solo in termini di competenze tecniche, ma anche di responsabilità e autonomia. Questo messaggio per noi rappresenta un invito a costruire un'identità professionale solida e consapevole, fondata su conoscenze tecniche e relazionali motivandoci ancora di più a impegnarci nello studio per non essere solo meri esecutori ma anche protagonisti del cambiamento.

"Gli infermieri sono quelli che i problemi li risolvono e non li creano. Gli infermieri sono da sempre qui, nel cuore del Servizio Sanitario Nazionale, a farlo pulsare, ad offrire soluzioni per problemi complessi, a muovere tutte e sei le facce del cubo per trovare l'equilibrio migliore per il sistema salute." Molto più che un momento istituzionale, un vero e proprio colpo al cuore. Parole, quelle della Presidente della FNOPI, Barbara Mangiacavalli, che hanno dato voce alla

fatica quotidiana, alla dedizione, ma soprattutto al desiderio di essere riconosciuti come operatori sanitari, ma anche pilastri umani del sistema. È stato per noi un guardare oltre, quella finestra che rappresenterà a breve la nostra professione, il nostro ruolo, la nostra responsabilità, in quello che l'infermiere rappresenta, ossia il "cuore pulsante" del servizio sanitario nazionale.

Immane, il contributo del presidente Sergio Mattarella. *"Al fondo di tutto, c'è la dimensione umana..."*, riconoscimento profondo, nei confronti della figura dell'infermiere al fianco della fragilità umana, al servizio rivolto alle persone, alle famiglie e alle comunità. Ci ha guardati davvero, non come numeri, ma come persone, ha descritto il nostro futuro ruolo con rispetto, gratitudine, chiarezza e umanità, toccando dei punti, in cui noi abbiamo sentito ciò che davvero potremo fare, come se ci avesse messo davanti uno specchio, in particolare a noi studenti per darci la consapevolezza dell'importanza che abbiamo e delle competenze acquisite nel percorso di studi. Sentire ad alta voce: *"La riconoscenza della Repubblica"*, ha rappresentato per noi una legittimazione potente del nostro ruolo, con la speranza che queste parole possano diventare una reale direzione verso il cambiamento.



Attorno alla plenaria principale, l'allestimento di vari stand espositivi è stato per noi molto stimolante. Abbiamo assistito alla presentazione di associazioni professionali, progetti innovativi e nuove realtà lavorative che potremmo un giorno sviluppare autonomamente, come ad esempio l'apertura di un centro prelievi. È stato inoltre interessante scoprire l'utilizzo sempre più efficace delle nuove tecnologie, come il *care delivery*, uno spazio digitale in cui i pazienti possono accedere a diverse prestazioni, migliorando così l'efficacia dell'assistenza ricevuta e dimostrando un mondo in cui la tecnologia non sostituisce ma potenzia la nostra capacità di prenderci cura.



Inoltre, siamo state protagoniste in prima persona nella risoluzione di simulazioni cliniche digitali, rapportandoci tramite uno schermo nella gestione di situazioni di emergenza, pazienti con patologie croniche, somministrazione di farmaci e rilevazione di segni e sintomi. Questa attività ci ha permesso di collaborare e confrontarci con numerosi professionisti sanitari, svolgendo un vero e proprio lavoro di equipe, colmando lacune e condividendo esperienze vissute singolarmente per ottenere la massima efficacia nella presa in carico e nella gestione del paziente. L'impatto è stato forte, perché abbiamo potuto metterci alla prova in un ambiente sicuro, dove l'errore non rappresentava un

fallimento, ma un'occasione di apprendimento.

Un altro spazio sicuramente indimenticabile per noi, è stato quello dedicato alla memoria e all'identità professionale. MOSAI, la mostra storica dell'assistenza infermieristica, raccontava tramite una time-Line, la storia di una professione mutata nel tempo, un'indagine sul passato di chi ha camminato al fianco della società, attraversando guerre, epidemie, riforme sanitarie e trasformazioni culturali, per poter evolvere in futuro. La mostra è stata accompagnata da citazioni di due figure che hanno fatto la storia di questa professione, rilevanti nel nostro percorso di studi, Florence Nightingale e Virginia Henderson. Questo è stata per noi un'occasione per riscoprire le radici profonde di una scelta professionale che si rinnova ogni giorno. Una vera e propria full immersion nel mondo infermieristico del secolo scorso, che ha raccontato, attraverso documenti, fotografie, uniformi di una volta, strumentistica e apparecchi sanitari (siringhe di vetro, cateteri, ferri chirurgici e un apparecchio per l'elettroshock utilizzando per i pazienti psichiatrici) una professione che, seppur profondamente trasformata nelle pratiche e nei mezzi, conserva ancora oggi l'essenza del prendersi cura.

L'ultima giornata si è conclusa con la lettura del nuovo Codice Deontologico, che ha aperto nuovamente un'importante riflessione sul senso della professione. Tra i tanti spunti emersi uno di quelli rilevanti da riportare è l'articolo 4, in cui si afferma *"l'infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale"*. Parole che restituiscono valore a ciò che spesso viene messo in secondo piano: il tempo è relazione di cura. In un periodo in cui il rapporto infermieri-pazienti risulta spesso schiacciato dal carico di lavoro e dalla centralità degli aspetti tecnici, questo articolo ci ricorda quanto l'ascolto, la presenza e l'empatia non siano solo elementi secondari alla professione ma componenti essenziali e insostituibili nello svolgere questo lavoro.

Lo slogan finale *"insieme ragionare, costruire e decidere"*, identifica una precisa direzione verso il cambiamento basato su una reale condivisione di chi vive ogni giorno la realtà dell'assistenza. Fermarsi a riflettere insieme, mettere in comune le esperienze delle vecchie generazioni con le nuove per costruire una professione capace di adattarsi e di evolversi.

C'è stata descritta una realtà davvero ampia e articolata, oltre le nostre aspettative e questo inizialmente ci ha spaventato, ma al termine del congresso abbiamo compreso che non si tratta di qualcosa da temere ma da accogliere. Come è stato detto: *"Le giuste soluzioni possono far paura, ma bisogna avere il coraggio di uscire dall'abitudine e di aprire varchi dove oggi ci sono muri."* E noi, oggi, ci sentiamo più pronte a farlo.

LA COSTRUZIONE DEL FUTURO PER MEZZO DEL CODICE DEONTOLOGICO: LE CONSULENZE E LA RESPONSABILITÀ

Costa Tommaso, studente Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli Studi di Pavia



Era il 26 febbraio del 1999 quando venne promulgata la legge n°42, con la quale di fatto veniva abrogato il vecchio mansionario infermieristico in vigore dal 1974. Questa data di fatto ha sancito l'inizio della professione infermieristica per come la conosciamo oggi: consapevole, aggiornata e totalmente indipendente per quelle che sono le sue aree di pertinenza e competenza.

Una sfida vinta, ma che ha comportato anche una grande assunzione di responsabilità, spesso non sempre ben considerata. "La responsabilità" in ambito clinico è nell'opinione di chi scrive, il "Deus Ex Machina" della relazione di cura, in quanto è in funzione di essa che la relazione di cura si instaura e diventa efficace: come possiamo noi, in quanto infermieri, non desiderare di farci carico nella sua interezza della sicurezza e del percorso assistenziale dei nostri pazienti?... Ma non è solo una questione né giuridica né tantomeno normativa, poiché spesso si confonde la responsabilità come un costrutto giuridico in virtù del quale il professionista risponde di fronte alla legge non intendendola come quella responsabilità personale, per mezzo della quale l'infermiere agisce per il bene dei suoi pazienti: aggiornandosi, ricercando evidenze e costruendo percorsi assistenziali ottimali come la scienza comanda e l'intuito del lavoratore suggerisce.

Nonostante questo, un problema della nostra professione è sempre stato riuscire a documentare come quella assunzione di responsabilità diventasse concreta, in ter-

mini di outcome assistenziali e di come potesse davvero incidere su tutto il percorso clinico. Questa condizione diventa ancor più manifesta nei contesti ospedalieri, dove la soverchiante medicalizzazione ha da sempre oscurato l'attivo degli infermieri, limitandosi a riconoscere il loro contributo nella semplice esecuzione di indicazioni dall'alto e di protocolli già scritti.

Per fortuna la strada della professione in Italia è ormai tracciata e una grande novità è stata proposta con il nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche del 2025, ovvero l'aggiornamento dell'ex articolo 48 (ora il 50). Il vecchio articolo per come scritto poneva dei limiti quasi ideologici sulle attività di consulenza, partendo dal presupposto che fosse indispensabile chiarire come l'infermiere necessiti di avere delle competenze specifiche per poterla fare, sebbene non le vietasse a priori. Con l'aggiornamento dell'articolo si riesce a intravedere come la figura infermieristica si stia veramente pensando professionista: è missione dell'infermiere non nuocere al paziente, questo vuol dire che è in grado di assumersi la responsabilità della consulenza solo quell'infermiere che è davvero formato nell'ambito.

Le consulenze sono atti di sfoggio professionale, che oltre a portare benefici se supportati da un ottimo razionale, possono anche diventare quel dato di impatto clinico di cui la nostra professione ha estremo bisogno. Diventa sempre più impellente far conoscere al mondo l'importanza che ha il nostro lavoro, anche al fine di poter ottenere quel supporto economico e culturale che ci permetta di evolverci ulteriormente, sublimando quei limiti a cui la società è ancora troppo spesso ancorata.

Non c'è stato un solo momento in cui al congresso non trasparisse tra i partecipanti quella voglia di elevarsi e di esprimersi...tutti uniti sotto il tetto del palacongressi di Rimini con un unico messaggio: noi siamo qui, noi saremo sempre qui e pedissequamente alla ricerca di un futuro radioso per la nostra professione e per le persone che curiamo tutti i giorni, senza le quali non troveremmo motivo ontologico di esistere.



Progetto OPI: Giornata Mondiale del Diabete

Fiorenza Bucci, Membro CAI OPI Pavia
Infermiera U.O. Pediatria Degenza

In occasione della Giornata Mondiale del Diabete, tenuta il 14 novembre, l'Associazione Giovani con Diabete Pavia (AGD), in collaborazione con il Dott. Carmelo Pistone dell'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica della Fondazione I.R.C.C.S. "Policlinico San Matteo" di Pavia, ha organizzato un'iniziativa aperta a tutta la popolazione. L'evento, svoltosi domenica 17 novembre in Piazza della Vittoria a Pavia, mirava a informare e sensibilizzare le persone sul Diabete Mellito di Tipo 1 nei bambini.

Ma perché proprio il 14 novembre? Questa data celebra la nascita del dottor Frederick Banting che, insieme al suo allievo Charles Best, scoprì l'insulina. La produzione e la somministrazione di insulina su modelli animali ottennero risultati sorprendenti sin da subito, tanto che nel 1922 fu eseguita la prima somministrazione sull'uomo. Per questa straordinaria scoperta, i due medici vinsero il premio Nobel per la medicina nel 1923. Tuttavia, solo nel 1978 si arrivò all'insulina come la conosciamo oggi: sterile, anallergica, versatile ed economica. Parallelamente, anche gli strumenti per l'iniezione sottocutanea sono migliorati: dalle siringhe in vetro riutilizzabili alle "penne" ricaricabili o pre-riempite, fino ai moderni microinfusori, che oggi rappresentano il *gold standard* per la terapia del Diabete Mellito di Tipo 1, soprattutto tra i bambini. All'evento hanno partecipato medici e infermieri del Policlinico San Matteo di Pavia, che svolgono un ruolo chiave nella gestione del Diabete Mellito di Tipo 1, fornendo un'educazione continua ai pazienti e ai loro familiari, a partire dall'esordio della patologia e durante tutto il *follow-up*. L'obiettivo primario è ottenere un controllo glicometabolico ottimale e minimizzare le complicanze a lungo termine. Alla comunità sono stati distribuiti *dépliant* informativi su segni e sintomi più comuni del Diabete Mellito di Tipo 1 nei bambini: stanchezza, calo ponderale, polidipsia e poliuria. La comunicazione è stata accompagnata da palloncini e segnalibri offerti in dono ai piccoli. Inoltre, la popolazione è stata informata sulla possibilità di aderire a un importante e innovativo progetto di *screening*. La legge n. 130 del 15 settembre 2023, infatti, ha disposto l'attuazione di uno *screening* nazionale nella popolazione pediatrica per individuare le persone a rischio di sviluppare Diabete Mellito di Tipo 1 e Celiachia. Individuare le persone a rischio consente di predire la malattia, identificare i casi clinicamente asintomatici ed effettuare diagnosi precoci, migliorando così la prognosi. In Italia, secondo le stime del Ministero della Salute, sono 300000 le persone affette da Diabete Mellito di Tipo 1 e 250000 quelle con diagnosi di Celiachia, con un elevato numero di casi non diagnosticati. La diagnosi precoce potrebbe ridurre i casi di bambini in cui l'esordio si presenta con un quadro clinico critico, noto come

chetoacidosi diabetica e caratterizzato da grave disidratazione, acidosi e obnubilamento del sensorio fino al coma.

Si apre così un nuovo scenario per i Professionisti Sanitari, che implica un impegno in tutti gli ambiti della prevenzione, dall'educazione allo *screening*, al trattamento dei soggetti affetti dalla patologia cronica. Questo impegno si estende anche al territorio, con la presenza dell'infermiere scolastico che educa a stili di vita sani, gestisce giovani studenti affetti dalla patologia e può occuparsi degli *screening* sulla popolazione pediatrica. Nel 2020, con lo scopo di proteggere e promuovere la salute degli studenti, l'Istituto Comprensivo di San Martino Siccomario aveva accolto la proposta dell'Amministrazione comunale di aprire le porte delle scuole agli infermieri. Il progetto nasce da una proposta fatta da Ruggero Rizzini, infermiere e Presidente di AINS, Associazione Italiana Nursing Sociale, al Sindaco di San Martino Siccomario. Dal 2024 anche l'Istituto comprensivo Angelini di Pavia ha iniziato a sperimentare il servizio.

Il progetto di OPI Pavia mira a introdurre la figura dell'infermiere scolastico nelle scuole del territorio pavese con un doppio obiettivo: far conoscere la professione infermieristica ai giovani e facilitare i percorsi di *screening*, la mappatura epidemiologica della popolazione scolastica e il supporto agli alunni in condizione di cronicità e fragilità sociosanitaria. L'infermieristica all'interno della comunità scolastica costituisce un riferimento per l'assistenza di bambini e adolescenti e delle loro famiglie, in collaborazione con l'*équipe* curante (Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, Servizi di Cure Domiciliari), le Strutture Territoriali di Cura e i Centri di Prevenzione e Promozione alla Salute. Le professioni infermieristiche hanno nella comunità scolastica il proprio campo di applicazione nella rilevazione precoce dei bisogni di salute, orientando e indirizzando lo studente e la famiglia verso i percorsi più appropriati, diventando così nodo della rete di cura.

Bibliografia e sitografia consultata

- Legge sullo screening pediatrico per il diabete tipo 1 e la celiachia - ISS
- I nostri articoli – Associazione Giovani con Diabete Pavia (agdpavia.org)
- <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/10/Position-Statement-FNOPI-INFIERMISTICA-E-SCUOLA.pdf>
- Assistenza infermieristica in pediatria - Pianificazione assistenziale con NANDA - I, NOC e NIC di Badon - Cesaro • 2015

Progetto OPI Pavia: “Essere Infermiere”. Sensibilizzare al ruolo e alle competenze del professionista infermiere nelle Scuole

Consiglio Direttivo,
Ordine Professioni Infermieri di Pavia



L'esigenza di Professionisti Infermieri in Italia pone il dovere e il piacere di sviluppare percorsi atti alla valorizzazione della professione infermieristica. Uno dei modi per riuscire a far conoscere la professione dell'infermiere ai giovani studenti è quello di dialogare con loro ed illustrare la professione in tutte le sue numerose sfaccettature. Entrare nelle scuole ed in particolare nelle classi quarte ha proprio la finalità di poter dare agli studenti gli strumenti necessari ad una scelta consapevole.

Con questa premessa, il gruppo Opi Pavia si impegna a proseguire il progetto Essere Infermiere, già messo in atto nell'anno precedente. In data 28 aprile il gruppo di lavoro Opi si è recato presso l'Istituto G. Cardano della città, avendo così l'occasione di incontrare 300 studenti delle classi quarte contribuendo in tal modo all'orientamento verso la professione dei giovani, sensibilizzando e diffondendo tra gli stessi la conoscenza della professione infermieristica.

La metodologia del progetto prevede incontri frontali con gli studenti, durante i quali questi ultimi possono ascoltare le testimonianze degli infermieri specializzati in diverse aree di competenza e dialogare con gli stessi. In questa occasione abbiamo avuto modo di raccontare le esperienze di colleghi infermieri che si occupano di promozione della salute, assistenza sul territorio, area critica, formazione, reparti ospedalieri, coordinamento infermieristico e libera professione. La scelta è stata intenzionalmente variegata col fine di far comprendere agli studenti quanto la professione infermieristica possa essere versatile e attuabile in diversi contesti e modalità organizzative, e quanto questa possa anche prevedere un percorso di crescita professionale.

Il fine atteso del progetto è l'incremento del numero degli studenti che scelgono il percorso formativo infermieristico presso il corso di laurea triennale, attraverso la sensibilizzazione al ruolo e alle competenze del professionista infermiere nelle Scuole.

L'esperienza svolta è stata molto gratificante. Durante l'evento, gli studenti sono stati partecipativi, hanno risposto positivamente facendosi coinvolgere e ponendo domande. Al termine dell'evento, gruppi di studenti si sono trattenuti con i colleghi infermieri presenti per approfondire curiosità sulla professione infermieristica riferendo di essere rimasti coinvolti soprattutto dal racconto delle testimonianze vissute.

Il gruppo Opi Pavia ringrazia tutto il personale scolastico per la disponibilità nel proseguo collaborativo instaurato in questi anni, nonché gli studenti uditori. Un ringraziamento speciale va fatto soprattutto ai colleghi, Professionisti Infermieri, che hanno dato la loro disponibilità a partecipare alla realizzazione dell'evento.

Il gruppo Opi Pavia vuole futuro ampliare sia la collaborazione con altre scuole superiori di Pavia e provincia che di accrescere il gruppo di lavoro al fine di avvicinarsi il più possibile ai giovani e al loro futuro.



The care that saved me. Il nostro lavoro (e la nostra ricerca) conta

Matteo Martinato, Ricercatore Universitario,
Unità di Biostatistica, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

Poche ore prima di leggere, grazie al suggerimento ricevuto dalle colleghe di ASI – Accademia Scienze Infermieristiche (<https://www.accademiascienzeinfermieristiche.it>), il toccante scritto di Sarah McCarthy, “The Care That Saved Me”, pubblicato sul New England Journal of Medicine (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2407628>), avevo terminato un incontro presso l'Hospice Pediatrico dell'Azienda Ospedale Università di Padova. Stavamo discutendo la creazione di un nuovo percorso formativo post-laurea presso l'Università di Padova, pensato per le infermiere e gli infermieri che volessero acquisire competenze avanzate in oncologia e cure palliative. Era uno di quegli incontri densi di significato, dove la competenza professionale e la compassione umana si incontrano per costruire qualcosa che possa creare un impatto sulle colleghe e i colleghi che lavorano o lavoreranno in quel particolare setting clinico. La lettura dell'articolo di McCarthy, poco dopo quella riunione, ha risuonato profondamente in me, come infermiere, ricercatore, docente e, soprattutto, essere umano.

Le riflessioni di McCarthy, maturate a partire dalla sua esperienza clinica e personale, non sono soltanto commoventi, sono essenziali. Ci offrono un promemoria potente: il nostro lavoro, come infermieri e come ricercatori, conta e conta in modo profondo e duraturo.

Riscoprire il cuore della cura

Avendo iniziato la mia carriera nel campo delle malattie croniche e lavorando oggi come ricercatore nei campi della terapia intensiva pediatrica e delle cure palliative, trovo le parole di McCarthy non solo ispiranti, ma anche confermate. Nella mia attività attuale presso l'Unità di Biostatistica, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Università di Padova, e grazie alle collaborazioni con realtà come la European Academy of Nursing Science, ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation), Università di Torino, ULSS 6 Euganea, la Società Italiana di Cure Palliative e molte altre, ho visto con i miei occhi come gli atti di cura, grandi e piccoli, possano fare la differenza. La cura non è un concetto vago o astratto: è concreta, è azione ed è presenza. Ogni infermiere conosce questa verità in modo istintivo. La vediamo nella madre che dorme accanto al letto del figlio, nel paziente che ricorda l'infermiere che gli ha stretto la mano, nell'anziano che piange, non per dolore, ma per sollievo, per essere stato finalmente ascoltato.

Il potere dei piccoli gesti

Uno dei messaggi più potenti di McCarthy è che i piccoli atti di gentilezza e i momenti di connessione fanno una differenza significativa. È un messaggio che tocca profondamente chiunque abbia lavorato nell'assistenza.

Questi momenti, che a volte sembrano semplici - parlare un po' di più, notare la paura in uno sguardo, spiegare un esame con calma - diventano spesso i ricordi più forti per pazienti e famiglie. Non sono aggiunte alla cura; sono la cura.

Nel nostro lavoro, a volte, rischiamo di essere sopraffatti dalla tecnica, dalle scadenze, dalla burocrazia. Misuriamo, valutiamo, prescriviamo, documentiamo e tutto questo è necessario. Ma ciò che spesso resta nella memoria delle persone non sono le macchine o i dati, ma i volti. I gesti. L'umanità.

Questa consapevolezza non deve solo ispirare la nostra pratica quotidiana, ma anche guidare il modo in cui formiamo, progettiamo e ricerchiamo la cura.

Quattro pilastri della cura consapevole

McCarthy identifica quattro principi alla base di una cura significativa. Li trovo fondamentali anche per l'attività di ricerca, e oggi cerco di portarli con me in ogni ambito del mio lavoro:

1. *Rendere visibile la persona nel paziente.*

Ogni paziente è una persona con una storia, dei legami, dei desideri. Non possiamo ridurlo a una diagnosi o a un parametro vitale. Riconoscere questa umanità è la base della cura autentica.

2. *Comprendere la vita al di fuori dell'ospedale.*

La malattia impatta ogni ambito della vita: il lavoro, le relazioni, i sogni. Conoscere questo contesto ci permette di costruire piani di cura più realistici, empatici e sostenibili.

3. *Coltivare la compassione pratica.*

La compassione non è solo un'emozione: è un'azione. È ascoltare anche quando siamo stanchi, è tornare in una stanza anche quando siamo di fretta, è difendere un paziente anche quando nessuno lo fa.

4. *Saper stare al buio lasciando entrare la luce.*

Le cure palliative, e l'assistenza in situazioni critiche, ci portano a contatto con il dolore, con la morte, con la perdita. Ma proprio in questi contesti è possibile creare spazi di luce, presenza e significato.

Questi principi non sono utopie: sono pratiche reali, che si possono (e si devono) integrare con l'Evidence Based Practice.

Dal letto del paziente al dataset

La mia attività di ricerca si ispira profondamente a questi principi. L'infermieristica non è solo una scienza né solo un'arte: è un'integrazione continua delle due, e la nostra ricerca deve riflettere questa complessità.

Nella mia attuale linea di ricerca, utilizzo metodi quantitativi per valutare l'efficacia degli interventi infermieristici. Tratto le pratiche assistenziali come "interventi sperimentali", analogamente ai farmaci nei trial clinici randomizzati. Con studi rigorosi, cerchiamo di capire cosa funziona, per chi, in quali contesti e con quali esiti.

Ma la metodologia da sola non basta. Se non risponde ai bisogni reali delle persone, è sterile. Per questo coinvolgo pazienti, famiglie, caregiver, persone che vivono la malattia cronica o grave, nella costruzione e valutazione dei progetti. Non si tratta solo di "rappresentanza", ma di co-costruzione del sapere.

La ricerca come atto etico di cura

Essere al tempo stesso infermiere e ricercatore implica una responsabilità unica. Non ci limitiamo ad assistere la sofferenza: possiamo e dobbiamo contribuire a comprenderla meglio, ad affrontarla in modo più efficace, ad evitarla dove possibile. Quando oggi scelgo un progetto di ricerca, mi chiedo: questo studio potrà migliorare davvero l'assistenza? Onora l'esperienza delle persone? Se la risposta è sì, allora so che vale la pena investire tempo e risorse.

Ho imparato che l'evidenza non è nemica dell'empatia. Al contrario: fare ricerca con rigore, per produrre miglioramenti tangibili, è una forma di cura profonda. È dire al paziente: la tua esperienza conta così tanto che vogliamo capirla, misurarla, e trasformarla in cambiamento.

Oltre l'individuo: equità, sistemi, sostenibilità

La cura non riguarda solo il singolo paziente. È radicata in sistemi sanitari, educativi, organizzativi che possono favorire o ostacolare il benessere.

In ambiti come le cure palliative pediatriche, ad esempio, l'accesso non è sempre equo. Alcune famiglie ricevono supporti multidisciplinari completi, altre incontrano ostacoli legati alla distanza, alla burocrazia, alla condizione economica. Come professionisti e ricercatori, dobbiamo anche lavorare per sistemi più giusti, inclusivi e sostenibili.

Qui il lavoro interdisciplinare diventa essenziale. Collaborare con statistici, economisti sanitari, decisori politici, esperti di etica... solo così possiamo trasformare le evidenze in scelte concrete.

Educare chi verrà dopo di noi

Una delle parti più gratificanti del mio lavoro è formare la nuova generazione di infermieri e ricercatori. Il progetto educativo che stiamo costruendo a Padova non mira solo a trasferire competenze, ma a coltivare significato.

Vogliamo professionisti preparati, certo, ma anche consapevoli, curiosi, empatici. Che sappiano leggere un protocollo di ricerca e sostenere una famiglia in lutto. Che sappiano curare il corpo e accompagnare l'anima.

Se vogliamo un futuro della sanità che sia all'altezza delle sue sfide, dobbiamo trasmettere ai giovani non solo il come, ma soprattutto il perché della cura.

Una parola finale: gratitudine

Alla coraggiosa Sarah McCarthy, grazie. Le tue parole hanno dato voce a qualcosa che molti di noi sentono da tempo: che il nostro lavoro è sacro, difficile, bellissimo e, soprattutto, necessario. Ci hai ricordato che ciò che facciamo conta, e che come lo facciamo conta ancora di più.

A tutti i colleghi, studenti, collaboratori, e soprattutto ai pazienti e alle famiglie che ho incontrato: grazie. Siete voi la cura che ha salvato me.

Quando curiamo bene, cambiamo le vite.

Quando studiamo la cura con rigore, cambiamo i sistemi.

Quando insegniamo la cura con passione, cambiamo il futuro

The Care That Saved Me
Sarah McCarthy, Ph.D.

<https://orcid.org/0000-0002-2166-7846>

Published November 30, 2024

N Engl J Med 2024;391:2072-2073

DOI: 10.1056/NEJMp2407628

VOL. 391 NO. 22

Copyright © 2024

The Care That Saved Me

Sarah McCarthy, Ph.D.

I am a pediatric psychologist at a large academic medical center and a health services researcher, focused on professional identity, I am the mother of two girls, Molly and Emma. In April 2020, Molly was diagnosed with two cancers, and by 2021, a third cancer had emerged. The day in 2022 at the age of 5, the day my daughter died, a tail-pinning sensation set up in the pediatric intensive care unit (PICU). I never chose to have my personal and professional lives become inextricably linked. I was writing this essay solely as a clinician and researcher. But given my reality, I've chosen to let them know the knowledge I made (I didn't have). Although I don't find meaning in Molly's illness or her death, I believe I can find meaning in sharing what I have learned and how I have changed. I am a better clinician and a different researcher than I was in 2020 — a truth that is difficult to accept because I would give anything to be who I was before. These experiences

have made me rethink clinical practice and research in terms of children with serious illnesses. As a clinician, I have identified four practices that I now practice in my work, emerging from Molly's illness and death and my bereavement. First, write to illuminate the patient's personhood. Second this, I now write my health care team to know about you and "What makes you happy?" and "If you weren't at the hospital today, what would you be doing?" I document their answers in the medical record. This information allows me and others to connect with patients and their families on a deeper level, providing context about their unique life circumstances that may affect their ability to cope with the demands of treatment. Third, cultivate practical compassion. When I met with families in the past, I always provided an assessment and offered evidence-based interventions aimed at alleviating their distress. This still do these things, my approach looks

at illuminating their unique personhood. Fourth, make an effort to understand life outside the hospital. My experience with Molly underscored the importance of seeing the child and their family members as people both inside and outside the hospital. I now ask children questions like, "What do you want your health care team to know about you?" and "What makes you happy?" and "If you weren't at the hospital today, what would you be doing?" I document their answers in the medical record. This information allows me and others to connect with patients and their families on a deeper level, providing context about their unique life circumstances that may affect their ability to cope with the demands of treatment. Third, cultivate practical compassion. When I met with families in the past, I always provided an assessment and offered evidence-based interventions aimed at alleviating their distress. This still do these things, my approach looks

PERSPECTIVE

THE CARE THAT SAVED ME

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116

2117

2118

2119

2120

La formazione infermieristica e la figura del Direttore delle attività didattiche professionalizzanti

Giovanna Artioli, Professore a contratto Corso di Laurea in Infermieristica

In collaborazione con:

Chiara Canini, Debora Coppola, Pasquale Di Fronzo, Denise Garattoni, Nunzia Montesanto, Claudio Prandelli

Studenti del Master di II livello Strategie Formative in Ambito Sociale e Sanitario; Standard Europei ed Innovazione – anno accademico 2023-2024

Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Università di Parma

Coordinamento dei Direttori delle attività didattiche professionalizzanti – Regione Emilia Romagna

Introduzione

La nascita della formazione infermieristica di tipo professionale è, tutto sommato, piuttosto recente, in quanto identificabile con modello delle scuole convitto proposto dalla Nightingale, che dall'Inghilterra di fine '800 si diffuse nel corso dei primi due decenni del '900 negli altri paesi europei, Italia inclusa. Esso, "corrispondeva pienamente, da una parte, all'esigenza dell'alta borghesia di avere figure infermieristiche qualificate e all'altezza della clientela, dall'altra all'esigenza dei medici di disporre di personale qualificato al quale delegare una serie di compiti tecnici" (Artioli G., 2000).

Le tre fasi evolutive della formazione infermieristica in Italia e i ruoli di gestione

In Italia, il modello di formazione professionalizzante si sviluppa sostanzialmente attraverso tre importanti fasi evolutive.

La prima fase è caratterizzata dalla nascita delle scuole convitto (ad opera soprattutto della Croce Rossa italiana), che rimarranno attive fino agli anni 70 e normate dal Regio Decreto del 1925. Nello specifico, la normativa riguardo le scuole convitto per infermieri in Italia ha subito diverse evoluzioni. Inizialmente, le scuole convitto furono istituite con il Regio Decreto 1832 del 1925, per ufficializzare la figura dell'infermiera professionale. Successivamente, la legge 124 del 1971 sopprime l'obbligo di internato e cambiò la denominazione in "Scuole per infermieri professionali". La seconda fase ha avvio con l'apertura delle scuole professionali per infermieri, normate dall'Accordo di Strasburgo (1967) che tende ad uniformare gli standard formativi del personale infermieristico professionale nei paesi della Comunità Europea (CE). L'Accordo di Strasburgo sull'istruzione e formazione delle infermiere, firmato il 25 ottobre 1967, è un accordo

internazionale che stabilisce i requisiti minimi per la formazione delle infermiere professioniste nei paesi membri del Consiglio d'Europa. L'obiettivo è garantire un livello minimo di qualificazione e consentire la libera circolazione degli infermieri tra i paesi firmatari. Le scuole sono affidate ai grandi istituti ospedalieri e alle Regioni. Il terzo passaggio fondamentale è l'ingresso della formazione infermieristica in Università a partire dal 1996 (D.M. 1996). Il filo rosso che ha tenuto uniti questi passaggi trasformativi della formazione infermieristica è, a mio parere, la finalità di costruire una identità professionale negli studenti riferita a standard elevati sanciti finalmente per normativa dal profilo professionale dell'infermiere del 1994, con l'approvazione del DM 739/94 che identifica il profilo professionale dell'infermiere, dal superamento del mansionario e dai codici di deontologia professionale, costantemente aggiornati prima dai Collegi e poi dagli Ordini professionali. Il Codice deontologico dell'infermiere in Italia detta le regole di condotta e di indirizzo etico dell'infermiere, costituendone il fondamento e la natura, nella sua. Il primo codice deontologico è stato approvato nel 1960. Successivamente si ebbe la seconda stesura, nel 1977. Nel 1996 venne emanato un documento a valenza etico - deontologica denominato Patto Infermiere - Cittadino, che divenne parte integrante della terza versione di Codice, quella del 1999. A distanza di dieci anni, le mutate esigenze ed il cambiamento di scenario permettono il nascere della quarta versione, per l'appunto, 2009. Successivamente, è in vigore la quinta e la sesta stesura. Il codice deontologico è stato aggiornato, infatti, il 14 Aprile 2019 e poi nel 2025, con l'approvazione da parte del Consiglio Nazionale FNOPI.

La struttura delle scuole era di tipo militaresco con le scuole convitto, ma la loro gestione era affidata a Infermiere Diplomate, le Direttrici, che si avvalevano di collaborazio-

ni di altro personale infermieristico per le docenze e per i tirocini. Tipici di questo periodo erano i 'reparti scuola', reparti cioè che, pur essendo clinici, erano gestiti da personale didattico e dagli stessi studenti in formazione. Il passaggio dalle scuole convitto alle scuole professionali per infermieri mantiene pressoché inalterata la struttura gestionale e didattica della formazione. In diverse situazioni le Direttrici delle scuole 'laiche' per infermieri vengono dalle stesse scuole di Croce Rossa, pertanto risulta facile riproporre l'organizzazione e il funzionamento, tra l'altro considerato molto efficace. La struttura educativa prevedeva infatti un Direttore didattici, Infermiere, Caposala didattici, uno o più di uno a seconda del numero di studenti, per ogni anno di corso, che si occupavano sia del percorso teorico (nella programmazione del curriculum e nella docenza) e del tirocinio, mantenendo legami forti con le sedi in cui lo studente avrebbe svolto la sua attività clinica. Con il passaggio della formazione infermieristica in Università si assiste a cambiamenti davvero radicali e differenziati sul territorio nazionale: il responsabile del corso è un Presidente, di norma non afferente alla figura professionale infermieristica, la docenza diviene per lo più accademica, con docenti già strutturati in Università e il Direttore delle Scuole pre-esistenti, che vengono sostituite completamente dalla formazione universitaria, scompare o diviene il coordinatore delle sole attività di tirocinio.

Il Direttore delle attività didattiche professionalizzanti: un approfondimento sulla figura

Dagli anni 2000, anche grazie al lavoro della Conferenza permanente dei corsi di laurea in Infermieristica, si è cercato di elaborare un modello di formazione professionalizzante, in Università, che tenesse conto del valore della formazione accademica e del valore della formazione clinica e professionalizzante. Anche se con funzioni e denominazioni ancora diverse a livello nazionale, i coordinatori del tirocinio sono stati riconosciuti figure di spessore nella formazione dell'identità professionale e hanno acquisito denominazioni diverse fino a divenire Direttori delle attività didattiche professionalizzanti (DADP) (Bielli S. et al 2016).

Questo processo evolutivo della figura ha generato interrogativi e stimoli che ha condotto il Coordinamento dei DADP della regione Emilia Romagna a proporre di attivare una ricerca qualitativa sul ruolo di questa figura andando a intervistare gli stakeholders principali, aziendali e Universitari, che con questa figura hanno relazioni privilegiate nella quattro Università della regione (Parma, Modena e Reggio Emilia, Bologna e Ferrara) e nelle Aziende

sanitarie che, in convenzione, collaborano alla formazione infermieristica. La ricerca intendeva raccogliere le percezioni di questo ruolo da parte degli Universitari (Presidenti di corso, coordinatori universitari dei corsi di laurea, docenti e studenti) e dei professionisti Aziendali (docenti a contratto, tutor didattici, tutor clinici, coordinatori infermieristici, Direttori assistenziali, Direttori strategici).

La ricerca, portata avanti in modo particolare da alcuni professionisti/studenti del Master di II livello in Strategie formative dell'Università di Parma, è giunta oggi a risultati preliminari, che verranno socializzati in diverse forme.

Con questo contributo, intenderei proporre ai lettori alcune domande e riflessioni non tanto e solo che scaturiscono dai risultati dello studio, ma dall'intero processo di ricerca, non ancora concluso.

La prima domanda che il gruppo di ricerca si è posto è stata: come si colloca questa figura nel contesto educativo italiano?

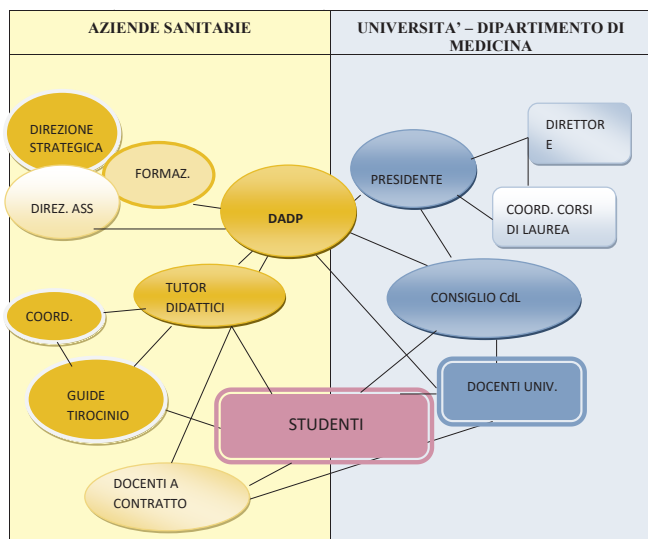
Il modello italiano della formazione infermieristica in Università

Il percorso di ricerca ci ha portato a cercare documenti, norme, organigrammi sui siti delle Università, operando un confronto che ha delineato un quadro eterogeneo tra le Università e le regioni e certamente in progressiva evoluzione. Ad esempio, le differenze di collocazione della figura del DADP nell'ambito della formazione o della Direzione assistenziale in Azienda potrebbero avere influenze diverse sulle competenze del DADP e sulle sue relazioni all'interno dell'Azienda sanitaria. Se il DADP rimarrà afferente alle Aziende sanitarie, forse sarà importante definire e uniformare la sua afferenza, all'area educativa e di sviluppo o all'area gestionale.

Il riconoscimento che questa figura sia un 'ponte' fondamentale tra Accademia e Aziende Sanitarie è univoco. Tuttavia, in questa strategica, ma impegnativa collocazione, si rischia di accentrare su questa figura troppe funzioni e responsabilità, anche amministrative, che rischiano di allontanarla dalla sua principale responsabilità, quella di attivare tutte le risorse a sua disposizione per formare l'identità specifica dell'infermiere. Tra i possibili rischi di questo fenomeno è sicuramente la distanza che si viene a creare tra le figure del DADP con le guide di tirocinio e a volte anche con gli studenti, i primi con responsabilità primarie nella formazione clinica degli studenti e i secondi, soggetti della mission stessa del DADP.

Si potrebbe quindi declinare un modello di formazione infermieristica in Università, in Italia, seppur con differenze non sostanziali tra le diverse Università (Figura 1).

Figura 1. Modello della formazione infermieristica in Italia (declinato non in funzione gerarchica, ma funzionale (liberamente elaborata dall'autore)



La figura 1 mostra una sintesi del modello di formazione infermieristica in Università, in Italia, che si è sviluppato nel tempo e che ha indubbiamente punti di forza e di debolezza.

Probabilmente, il punto di forza più evidente è la strutturazione articolata degli attori e delle competenze degli attori della formazione professionalizzante (DADP, tutor didattici, guide di tirocinio), professionisti tutti formati specificamente per svolgere questo ruolo. Si ricorda che anche le guide di tirocinio (infermieri presenti nelle sedi di tirocinio, seguono corsi specifici di formazione. Un secondo vantaggio di questo sostanziale inserimento in Azienda di queste figure di educatori è la capacità di permeare tutta l'unità operativa (e forse l'intera azienda) di questa dimensione pedagogica esperienziale che coinvolge tutto il personale presente nella Unità operativa, dal coordinatore, all'infermiere, al medico e ad altri professionisti. Si è venuta a creare una 'rete formativa forte', costruita nel tempo e ora consolidata che riflette una vision aziendale educativa.

Anche la separazione dei due mondi, Università e Aziende, diviene più sfumata e permeabile, anche se ancora la gran parte degli attori infermieristici che costituiscono questa rete afferiscono alle Aziende e solo alcuni di questi hanno afferenze funzionali con L'università.

Alcune riflessioni

Sulla base della ricostruzione di massima di questo modello, su cui già si potrebbero aprire diverse riflessioni, sorgono però altre domande e spunti di discussione:

Questo modello, tutto italiano, nato e cresciuto dalla nostra storia di formazione infermieristica e adattato allo sviluppo di tale formazione in Università, è solo una fase di passaggio è ancora una fase di passaggio dei professio-

nisti infermieri che ancora attendono di entrare appieno titolo in Università (ricordo che sono passati 30 anni dall'inizio della formazione universitaria) o potrebbe diventare qualcosa d'altro, caso mai con qualche correttivo? Accenno solo ad alcune ipotesi portate da alcuni intervistati che, un po' fuori dal coro, hanno osato suggerire:

- Poiché anche il corso di laurea in medicina è divenuto professionalizzante, potrebbe questo modello essere 'trasportato' (forse con opportune modifiche) nel corso di laurea in medicina, al fine di garantire che gli studenti possano essere seguiti nei tirocini.
- Ricordo, a tal proposito, che da una ricerca svolta da un gruppo interprofessionale di sociologi e infermieri nel 2001 (Giarelli G., 2001) in cui si chiedeva agli studenti infermieri quale fosse la figura più importante nella loro formazione, gli studenti risposero: l'infermiere di reparto!
- Qualcuno degli intervistati, riconoscendo la fondamentale funzione del DADP, suggerisce che, di fianco al Presidente di corso, possa esistere una sorta di piccolo 'Collegio di Direzione' composto appunto dai DADP. È possibile che, in alcune realtà, questa organizzazione sia già un dato di fatto, anche se non riconosciuto.

Alcuni suggerimenti su cui riflettere per il miglioramento:

- In alcuni contesti, date anche le dimensioni in più sedi dei corsi, le guide di tirocinio dimostrano di non conoscere a fondo il DADP. Questo scollamento tra DADP e mondo periferico di clinica, in cui si gioca però una parte sostanziale dell'apprendimento dello studente, potrebbe essere oggetto di riflessioni e di proposte di miglioramento.
- Un altro suggerimento, interessante, viene non direttamente dagli intervistati, ma dalla revisione degli organigrammi in alcune università estere. In alcune realtà estere, ad esempio, probabilmente a causa del riconoscimento che così tante funzioni (gestionali, organizzative, pedagogiche, relazionali e di competenza specifica infermieristica) faticano a stare compresse in una unica figura, propongo tre o quattro figure di direzione, in ogni corso, con suddivisione delle responsabilità primarie: una figura responsabile principalmente della didattica, una figura responsabile principalmente della ricerca e dell'innovazione, una figura per la gestione amministrativa e delle finanze.

Considerazioni conclusive

La finalità di questo contributo non era ovviamente di illustrare i risultati della ricerca (che saranno socializzati in altre circostanze), ma di tracciare qualche punto di stimolo e di riflessione su un modello di formazione che si

è sviluppato in Italia e che ha caratteristiche sue proprie e probabilmente risponde a bisogni specifici della comunità infermieristica italiana che, forse, non ha così tanto da invidiare alle comunità infermieristiche sorelle di altre nazioni, anche vicine a noi.

Non ho ancora citato il punto più critico della questione: il fatto che i professionisti infermieri, sia i DADP, che i docenti insegnano in Università, svolgono tutorato didattico e clinico essendo ancora tutti afferenti alle Aziende Sanitarie. Ma mi e vi chiedo: è utile rincorrere le realtà estere per uniformarci a queste o non è forse più utile studiare la nostra realtà, per comprenderla a fondo, raccoglierne le potenzialità e, attraverso il confronto con altre realtà, individuare elementi di miglioramento.

Ad esempio, sarebbe davvero utile pensare a uno spostamento completo della (chiamiamola) parte professionalizzante in Università? A parte un indiscusso problema di sostenibilità che giocherebbe un ruolo molto rilevante, ma chiediamoci: davvero vogliamo rinunciare a docenti infermieri che lavorano in clinica e che sanno coniugare, per questo, la dimensione teorica con quella pratica nel loro insegnamento? Davvero vogliamo rinunciare a tutor didattici che fanno delle loro competenze specifiche e pedagogiche un valore aggiunto per la formazione identitaria del futuro professionista?

Le domande e gli esempi si potrebbero moltiplicare. L'intento però di questo documento non era quello di dare risposte, che la ricerca potrà eventualmente fornire, ma preparare un terreno generatore di domande per accogliere in modo riflessivo i risultati della ricerca.

Bibliografia

Giovanna Artioli, (2000). Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Area Qualità Edizioni, Milano.

Silvia Bielli, Federica Canzan, Angelo Mastrillo, Sara Berti, Elisa Ambrosi, e Luisa Saiani (2016) Evoluzione della funzione di coordinamento delle attività formative professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. Indagine nazionale. Medicina e Chirurgia, (72): 3263-3268 DOI:10.4487/medchir2016-72-1

Decreto Ministeriale 24 luglio 1996 Gazzetta Ufficiale del 14 ottobre 1996, n. 241 Decreto del 24 settembre 1997. Requisiti d'idoneità delle strutture per i Diplomi universitari dell'area medica.

Regio Decreto n. 1832 del 1925. Istituzione delle prime scuole convitto per infermieri professionali in Italia.

Guido Giarelli (2001) L'infermiere "care manager" fra professionalità acquisita e fabbisogni di formazione: una ricerca prospettiva nazionale. Report del lavoro di ricerca (ad uso interno e non pubblicato)

Vent'anni per la formazione infermieristica: un percorso tra passione, sfide e innovazione

Francesco Pittella, Consigliere OPI Mi-Lo-MB
Responsabile Formazione e Provider ECM-CPD

Formazione di base, formazione continua aziendale, formazione presso l'Ordine professionale, e infine la formazione ECM a livello nazionale: una vita professionale spesa nelle diverse forme della formazione. Ci puoi raccontare le tappe più importanti della tua carriera da formatore nell'ambito dell'infermieristica?

Certamente. Il mio percorso nella formazione è iniziato quasi vent'anni fa, nel 2006, dopo circa dodici anni di esperienza in ambito clinico. Ho cominciato come responsabile della formazione nel Gruppo San Donato e, successivamente, dopo aver conseguito la laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nel 2010, ho avuto l'opportunità di coordinare una sezione appena avviata del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, presso l'IRCCS Policlinico San Donato. Questo passaggio ha rappresentato un cambiamento significativo sia dal punto di vista professionale che del contesto lavorativo, poiché ho lasciato la formazione continua aziendale per dedicarmi completamente alla formazione di base. L'avvio e la gestione della sede del corso di laurea presso l'IRCCS Policlinico San Donato mi hanno assorbito sempre più, fungendo da volano per una continua serie di attività nell'ambito della formazione accademica: dalla costruzione e formazione del gruppo di lavoro, all'organizzazione del corso, fino alla didattica e alla guida della formazione professionalizzante durante i tirocini clinici. Nel tempo si è consolidata una relazione costante sia con l'Università degli Studi di Milano che con l'organizzazione ospedaliera. È stato un percorso impegnativo, ma anche ricco di stimoli e di crescita, sia professionale che umana. Nel 2018, durante il mio primo mandato come Consigliere dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano-Lo-di-Monza-Brianza, ho iniziato a occuparmi della formazione da una nuova prospettiva: la gestione della formazione interna all'Ordine e del provider ECM. Parallelamente, curavo anche l'organizzazione della formazione aziendale presso l'ospedale sede del corso di laurea. Dal 2019, ho intrapreso una nuova attività all'interno della Commissione Regionale Formazione Continua e dell'Osservatorio Regionale per la Qualità ECM della Regione Lombardia. Questo ha dato vita a numerose collaborazioni, tra cui il coordinamento di un gruppo di lavoro per progetti formativi che coinvolgono tutti gli

Ordini provinciali delle professioni sanitarie lombarde. L'Osservatorio si occupa della verifica per il rinnovo dei provider regionali e per l'accreditamento ECM-CPD, in collaborazione con la segreteria di Polis Lombardia. Questo incarico ha rappresentato un ulteriore passo avanti nel mio percorso formativo.

Ho continuato anche l'attività universitaria come docente a contratto, sia nella didattica di base sia post-base. Ho insegnato in due corsi di laurea magistrale: all'Università degli Studi di Pavia (che ho dovuto lasciare dopo due anni per motivi organizzativi) e all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, dove insegno da quattro anni.

L'ultimo passaggio, tra gli impegni e le gratificazioni ricevute, è avvenuto nel luglio 2024, quando sono stato nominato, tramite decreto del Ministro della Salute, componente della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), su proposta della FNOPI. Questo ruolo mi ha permesso di approfondire le dinamiche formative a livello nazionale. A fine 2024, sono stato anche nominato Presidente della quarta sezione della CNFC, che si occupa della definizione e dello sviluppo degli obiettivi formativi nazionali e del coordinamento con quelli regionali. Si tratta di un incarico di grande responsabilità, che comporta anche la partecipazione al Comitato di Presidenza della CNFC, il quale definisce i criteri dell'obbligo formativo ECM. Infine, collaboro con AGENAS, come componente della CNFC, per le visite di verifica necessarie al rinnovo dell'accreditamento dei provider ECM nazionali e per la valutazione degli eventi formativi.

Poi c'è il capitolo della mia formazione, perché ritengo che, per offrire una didattica di qualità ed essere credibili agli occhi degli studenti e dei colleghi, sia fondamentale aggiornarsi continuamente e acquisire nuove competenze. In quindici anni, oltre alla laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche conseguita a Firenze, ho intrapreso diversi percorsi di formazione post-base in varie università italiane: un Master di I livello in Management e Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie ed un Master di II livello in Management Sanitario e Direzione di Strutture Complesse a Roma, un corso di perfezionamento in Sanità ed un Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie e Socio-Assistenziali presso la SDA Bocconi di Milano. Infine, alla soglia dei cinquant'anni, ho concluso un Master di II livello in Strategie Formative in ambito sociale e

sanitario presso l'Università di Parma.

Questi percorsi non solo mi hanno fornito nuove competenze, ma mi hanno anche arricchito attraverso il confronto con visioni e prospettive differenti, grazie all'incontro con altri professionisti, non solo appartenenti all'area sanitaria. Sono stati vent'anni intensi, ricchi di soddisfazioni, ma anche estremamente impegnativi dal punto di vista del tempo e dell'energia.

Ci puoi raccontare un aneddoto particolare legato a ciascun ambito della formazione che hai vissuto? E qual è quello che porti più nel cuore?

Ripensando a tutto questo percorso, l'aneddoto più significativo riguarda il periodo tra il 2010 e il 2011, quando lavoravo nella formazione continua in un'Azienda del Gruppo San Donato. In quel periodo venne aperta una nuova sezione del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano. Ero uno dei pochi ad avere già una laurea magistrale, requisito necessario per dirigere un corso di laurea, e la scelta di affidarmi quell'incarico fu piuttosto rapida, non ricercata da parte mia, quasi obbligata. Non avevo esperienza nella formazione accademica, se non come assistente di tirocinio, e mi sentivo decisamente fuori contesto. Tuttavia, quell'incarico si è rivelato stimolante, e continua ancora oggi a darmi grandi soddisfazioni. Se devo indicare l'ambito che mi sta più a cuore, è proprio quello legato al corso di laurea: mi ha permesso di conoscere tanti colleghi e di entrare in un mondo affascinante. Da lì è iniziato tutto il mio percorso professionale e umano. Come potrei non esserne affezionato e riconoscente?

Fra i diversi ambiti in cui hai esercitato il tuo ruolo di formatore, quale è stato il più sfidante e il più interessante?

La soddisfazione più grande, oltre ai traguardi professionali e personali raggiunti, è stata la crescita del gruppo all'interno del corso di laurea. Sono fiero di aver contribuito a far crescere il gruppo di professionisti che hanno collaborato con me in questi anni. Penso a tutti i tutor didattici che mi hanno affiancato in questi 14 anni: anche se non ho potuto offrire loro grandi soddisfazioni economiche, molti hanno intrapreso un percorso di crescita professionale molto importante. Due colleghi, che sono stati tutor didattici, oggi sono professori associati, con l'abilitazione nazionale a professori di prima fascia nel nostro settore scientifico disciplinare, altri occupano ruoli di responsabilità nelle direzioni delle professioni sanitarie. Aver prima, contribuito alla creazione ed in seguito collaborato con l'area di ricerca e sviluppo delle professioni sanitarie della mia azienda è stato un trampolino di lancio per molti, per avviare un percorso che successivamente ha preso strade ben distinte. Ma

l'inizio è stato al corso di laurea. Le soddisfazioni maggiori derivano da questo, vedere crescere tanti studenti, oggi professionisti affermati, è una delle più grandi soddisfazioni della mia carriera.

Come vedi il futuro della formazione infermieristica? Avrà lo stesso aspetto o dovrà evolversi per rispondere alle nuove esigenze?

Il futuro della formazione dovrà inevitabilmente evolversi. È fondamentale che risponda alle esigenze dettate dal contesto: l'innovazione tecnologica, la crescente complessità clinica e, soprattutto, lo sviluppo delle competenze trasversali. Le soft skills dovranno essere sempre più centrali nei percorsi formativi, così come un approccio più personalizzato ed esperienziale. Sto lavorando proprio in questa direzione, avendo creato un laboratorio di simulazione con manichini ad alta fedeltà nel nostro corso di laurea.

La simulazione può offrire un enorme valore sia agli studenti, che imparano in un ambiente protetto, sia ai professionisti. Inoltre, l'integrazione del digitale, attraverso piattaforme dedicate, sarà sempre più determinante. Questo è stato anche uno dei temi centrali dell'ultimo congresso FNOPI, dove si è discusso di competenze avanzate, specialistiche e dell'istituzione di percorsi di laurea a indirizzo specialistico. L'apprendimento sarà sempre più continuo, dinamico e personalizzato. Non si potrà più pensare alla formazione come a un evento isolato, ma come a un processo in evoluzione. È necessario valorizzare le risorse professionali già presenti, adottando una logica costruttiva e orientata alla qualità, non solo alla quantità. Il sistema ECM, di cui mi occupo in CNFC, deve andare in questa direzione, garantendo formazione realmente efficace. Come si è visto nel "Villaggio della simulazione" al congresso FNOPI, ci sono molte opportunità da cogliere, soprattutto per rendere più attrattiva la professione, oggi purtroppo in difficoltà.

Questo significa integrare le tecnologie, potenziare la formazione su più ambiti e, soprattutto, focalizzarsi sull'aggiornamento continuo, perché la competenza non deve essere solo acquisita ma deve essere agita. Altrimenti rischiamo di limitare tutto a un sistema di certificazione privo di significato reale.

In conclusione...

Venti anni nella formazione non sono solo una carriera: sono una visione, un investimento sulla crescita collettiva, una scommessa sull'intelligenza, sulla dedizione e sul valore della professione infermieristica. Un viaggio fatto di aula, relazioni, istituzioni e passione. E, a sentire chi lo ha vissuto, è appena cominciato.

“Abbi cura della tua umanità”: la medicina narrativa nella formazione infermieristica

Paola Arcadi, Phd, Direttore Didattico Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, ASST Melegnano e della Martesana



Formare un infermiere oggi significa molto più che trasmettere conoscenze.

Significa accompagnare una persona nel divenire professionista capace di abitare la relazione di cura con consapevolezza, responsabilità e competenza. In questo processo, la medicina narrativa rappresenta un riferimento prezioso, non solo come metodologia, ma come vera e propria postura professionale.

Curare, per l'infermiere, significa incontrare una persona nella sua interezza, non solo una diagnosi. La sociologia della salute ci ricorda che la malattia non è solo *disease* – alterazione organica oggettivabile – ma anche *illness*: esperienza soggettiva che si colloca all'interno di una storia di vita¹. Comprendere questa differenza significa formare infermieri capaci di ascoltare, accogliere, situare la cura nella narrazione.

Intesa come approccio che valorizza la narrazione dell'esperienza soggettiva di malattia e cura, la medicina narrativa permette di restituire centralità alla persona, ma anche di coltivare la consapevolezza di sé nel professionista. Non è un “di più” della formazione infermieristica: è un dispositivo educativo che rende possibile l'incontro autentico, l'ascolto profondo, la costruzione di senso condiviso. Come sostiene Charon², un curante deve prima

di tutto essere un buon lettore: leggere significa cogliere le sfumature, ascoltare il non detto, accogliere l'altro nella sua complessità. La formazione narrativa si fonda su tre movimenti essenziali: attenzione, rappresentazione e connessione. L'attenzione si rivolge al racconto dell'altro o di sé; la rappresentazione consente di dare forma all'esperienza attraverso il linguaggio; la connessione crea legami, favorisce l'affiliazione, attiva il riconoscimento reciproco.

Uno degli obiettivi più profondi della medicina narrativa in ambito formativo è quello di lavorare con le emozioni “ingombranti” – il senso di inadeguatezza, la rabbia, il dolore, la paura del fallimento – e trasformarle in consapevolezza professionale. La pedagogia narrativa e dell'esperienza, ispirata a autori come Knowles, Schön e Mortari, si fonda sulla riflessione vissuta, sulla co-costruzione del sapere e sulla capacità di apprendere a partire dalla realtà concreta. Come scrive Mortari³, “riflettere sull'esperienza è l'atto attraverso cui l'esperienza si educa”.

Nei percorsi formativi più attenti a questi aspetti si moltiplicano esperienze che integrano scrittura riflessiva, autobiografia, lettura di opere d'arte, visione di film, dispositivi simbolici. In questi contesti, ogni storia – anche quella dello studente – diventa occasione di apprendimento trasformativo. Un episodio vissuto in tirocinio può diventare materia viva per esplorare emozioni, giudizi, reazioni e valori, e così maturare una professionalità più radicata.

Per rendere sistematica questa formazione, è fondamentale prevedere spazi formativi continui e coerenti, condotti da tutor capaci di abitare essi stessi la narrazione come pratica educativa. Solo così la medicina narrativa può diventare terreno stabile, e non “di frontiera”, nella pedagogia infermieristica. Laboratori distribuiti lungo il triennio, che utilizzano dispositivi narrativi adeguati alle differenti dimensioni dell'esperienza che lo studente affronta.

Nel primo anno, i laboratori costituiscono uno spazio protetto in cui gli studenti esplorano il proprio vissuto di primo contatto con i pazienti attraverso micro-narrazioni guidate. La scrittura diventa strumento di conoscenza e rielaborazione: consente di passare dal caos emotivo alla costruzione di significato. Come affermano Artioli e Marcadelli⁴, la scrittura narrativa permette di trasformare

l'agire quotidiano in sapere professionale.

Progressivamente si introducono pratiche come il *close reading* di testi letterari o immagini evocative, che educano all'ascolto profondo e alla comprensione dell'implicito. Un quadro di Monet o Van Gogh può diventare lo spunto per riflettere sui gesti quotidiani della cura, sulle "prime volte", sull'incertezza e sulla bellezza nascosta nell'agire assistenziale: l'arte come specchio dell'esperienza.

Nel secondo anno, il laboratorio accompagna lo studente nell'incontro con la sofferenza, la morte, la paura. Efficace è il lavoro con film, poesie, simboli narrativi. L'attività "Racconta la tua morte" – scrivere una pagina immaginando di raccontare la propria fine – rappresenta un'occasione di riflessione e condivisione profonda. Si impara che anche il silenzio e la presenza sono strumenti terapeutici. In parallelo, si coltiva il benessere: riconoscere le proprie risorse, nominare la fatica, valorizzare la leggerezza come parte integrante della cura.

Nel terzo anno, in prossimità dell'ingresso nella professione, la medicina narrativa sostiene l'esplorazione dell'identità professionale, della leadership e del lavoro in équipe. Pratiche narrative come la scrittura creativa, l'uso di metafore e le narrazioni autobiografiche guidate offrono agli studenti l'opportunità di rappresentare chi stanno diventando, quali valori li guidano, quale infermiere intendono essere. Temi come la gestione dei conflitti e la negoziazione vengono affrontati attraverso scambi narrativi autentici, che stimolano la riflessione e consolidano le competenze relazionali.

In questo processo, la condivisione narrativa aiuta a uscire dall'isolamento individuale: permette di riconoscersi nelle emozioni altrui, di scoprire che l'incertezza è comune, che la fragilità può essere attraversata e trasformata insieme. La medicina narrativa crea così esperienze collettive di apprendimento, dove la parola costruisce legami, genera consapevolezza, rafforza l'identità.

Narrarsi aiuta anche chi si prende cura: scrivere, ascoltare e raccontare non sono solo strumenti per comprendere l'altro, ma anche per non smarrirsi dentro una professione emotivamente densa. La narrazione può diventare

tempo lento, luogo di sobrietà, spazio di giustizia relazionale, in cui la storia diventa gesto di resistenza all'omologazione, alla fretta, all'impersonalità⁵.

Come ha scritto Bert⁶, "non si può rispettare ciò che non si conosce, e non si può conoscere davvero se non si ascolta la storia dell'altro". La formazione narrativa restituisce tempo, voce, profondità all'incontro tra studente e realtà assistenziale. Insegna che la cura è un gesto che inizia nel racconto. E che la professionalità infermieristica affonda le radici nella capacità di dare e ricevere parola, di farsi testimoni e custodi di storie.

Perché, come afferma Rachel Naomi Remen, "il dono più grande che possiamo offrire a chi soffre è la nostra umanità nella sua interezza".

Bibliografia

1. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
2. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
3. Mortari L. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori; 2006.
4. Artioli G, Marcadelli S. *Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore; 2010.
5. Arcadi P, Bobbio M, Chiarlo M, Plotegher V, Spinanti S, Vernero S, Zuppiroli A. *I gatti della signora Augusta e altre storie slow di cura sobria e rispettosa*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2023.
6. Bert G. *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2007.

Educhè APS. Se tutto è buio, inizia almeno ad accendere un fiammifero. Poi il resto si vedrà.

Luca Fiocca

Vice presidente Eduche-APS

Fiumi di parole e promesse ambigue, lemmi criptici, termini tecnici, vocaboli decontestualizzati ed espressioni di assoluzione progettuale. Un vortice travolgente che crea distanze sempre più incolmabili.

Fatti pochi, pochissimi, giusto per decoro. Quando si trovano, sembrano miraggi pronti a svanire appena ci si avvicina. E se, ci si avvicina. Lo stesso atto del muoversi verso, è diventato infatti contorto e macchinoso, pieno di perplessità e con una sostanziale ritrosia alla fiducia.

Guardiamo il mondo da lontano, un piede pronto a una fuga polemica e l'altro desideroso di improbabili miracoli. Arroganza mista a insicurezza e ho paura per, ho sentito che, ho letto di, il responsabile è, la colpa pure. Tentenniamo incerti sul da farsi. Esitiamo di fronte alle grandi sfide educative del nostro tempo complesso e nuovo.

Fatichiamo a pronunciare e sentire il valore della parola sacrificio, avendone smarrito l'etimologico significato di *fare qualcosa per noi sacro*. Neanche i figli in qualche modo lo sono più. Abbiamo permesso che venissero desacralizzati. Li abbiamo gettati in pasto al mondo virtuale/irreale, piegandoci felicemente a un presunto progresso inesorabile. Ci scagioniamo, accampiamo scuse, ci infastidiamo e neghiamo se qualcuno ci fa notare verità lapalissiane.

Ce li ritroviamo, i figli, ansiosi, fragili, apatici, terrorizzati, strafottenti, in estrema difficoltà a gestire emozioni e impegni, scostanti e rabbiosi. Sempre alla ricerca di giustificazioni posticce per atti e comportamenti sbagliati di cui non riescono a sentire e pensare la portata negativa. Senza che abbiano la benché minima intenzione di impegnarsi in un percorso di maggiore consapevolezza. Scappano gridando menzogne senza fantasia che confidano solo nell'adulta ingenuità. Hanno perso la misura, in quanto non gli permettiamo di misurarsi col mondo reale. Meglio quindi risposte superficiali, veloci e insufficienti. Basta che mettano a tacere la nostra cattiva coscienza di aver fatto tutto il possibile. Un mondo fatto di no e punizioni, in nome del dio minore della sicurezza a tutti i costi, basta non aver problemi a breve termine e nel proprio "giardinetto".

E allora *bandiera bianca ci arrendiamo* perché non troviamo la forza di resistere e di abitare la speranza? Assolu-

tamente no!

Perché al di là di generalizzazioni e analisi volutamente provocatorie, i luoghi e le persone salvifiche esistono. Forse dovrebbero essere di più, ma non sono neanche poche. La maggior parte neanche sa quanto potere scorra in loro.

Non lo sanno gli adulti. Non lo sanno i giovani.

Uno di questi posti di persone vere è il Doposcuola di Educhè. Qui ho visto-vissuto tutto e il contrario di tutto: lacrime, gioia, urla, cultura, disperazione, violenza, gentilezza, aggressività, sorrisi, cadute, rigore, passione, fughe e successi.

Ho visto-vissuto-avuto una parte in storie pazzesche e occhi pieni di vita, trame avvincenti e poesia nell'aria, morti dolorose e rinascite inaspettate.

Ho visto una donna lottare senza sosta e senza ombrello. Ho visto tanti riscoprirsi e altri prender coscienza.

Ho visto la vitalità del sentirsi utili.

Ho capito che per educare serve tempo e passione, serve coraggio e comprensione, serve ironia e preparazione, serve saper ascoltare. Serve essere autorevoli e disponibili, giusti ma non fessi, fastidiosi e pazienti, gentili e gioiosi. Ho capito che formare è aiutare a trovare forme per te inimmaginabili, è dare gli strumenti perché la meraviglia esista concretamente, è sostenere senza sostituirsi, è dare voce e attenzione, è confidare in coloro che renderanno il futuro possibile.

E se non sai da dove cominciare, incomincia dal sorridere tutti i giorni. L'effetto? È sconvolgente.

Le attività del doposcuola si svolgono presso la Parrocchia di San Lanfranco a Pavia, il martedì e il giovedì dalle 16 alle 18. Contatti: www.eduche.net info.eduche@gmail.com

Educhè
ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

La partnership del paziente nella co-creazione di conoscenze

Gemma Papa, Tutor della didattica professionale presso il Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Brescia, sede di Mantova.

La formazione in ambito sanitario, oggi più che mai, si interroga su quali competenze trasmettere, e soprattutto, su quale tipo di pensiero coltivare negli studenti che si avviano alla professione di cura. Se la cura è relazione, responsabilità, attenzione all'altro nella sua unicità, allora non si può trascurare l'importanza di educare al pensiero libero, critico, riflessivo e dialogico. Come scrive Luigina Mortari, *«una civiltà che ha cura di sé, e come tale tiene in massimo conto il valore della libertà, non può non dedicare risorse alla formazione del pensiero»* [1]. Educare significa quindi non solo trasmettere contenuti, ma favorire la pratica del pensare, senza imporre cosa pensare. In altre parole *“non teste piene, ma teste ben fatte”* capaci di abitare la complessità. La qualità della nostra vita dipende dalle reti di relazioni che danno forma al nostro spazio vitale, e in particolare nella cura, la relazione tra chi assiste e chi è assistito si carica di significati profondi e trasformativi. Il pensare, allora, è un dialogo interiore che nasce dal confronto con l'altro, dal mettersi in ascolto: *“non l'Uomo, ma uomini abitano questo pianeta”*. Negli ultimi anni si è infatti sviluppata una vasta letteratura che promuove il coinvolgimento diretto dei pazienti nel processo di formazione degli studenti delle professioni sanitarie. Il modello di *Patient and Public Involvement* (PPI), promosso in particolare nei paesi anglosassoni riconosce ai pazienti il valore insostituibile del sapere esperienziale, promuovendo il loro ruolo attivo come *“expert by experience”*. Ciò necessita un coinvolgimento non solo come destinatari di cura, ma come co-protagonisti dei processi formativi. Tra i contributi teorici più rilevanti, Towle et al. introducono il concetto di *Patients as Educators* (PaE), sostenendo che i pazienti possono partecipare all'insegnamento in differenti ruoli: narratori di esperienze (attraverso le più svariate forme della *Narrative Medicine*), valutatori delle competenze relazionali, co-progettisti dei percorsi formativi e co-docenti [2]. Questa pratica, sempre più diffusa

anche in Italia, promuove una formazione innovativa capace di integrare saperi clinici e vissuti personali, facilitando processi di apprendimento trasformativo che mettono in discussione stereotipi e pregiudizi, rinegoziando il significato dell'essere curanti e di vivere la propria dimensione di benessere. Anche in Italia, esperienze come il progetto *EduCare* dell'Università di Modena e Reggio Emilia mostrano come la partecipazione attiva dei pazienti possa trasformare la formazione, rendendola più autentica e orientata alla cittadinanza attiva [3].

Il paziente – docente: l'esperienza del corso di studio in Infermieristica sede di Mantova

In questa prospettiva si colloca l'esperienza svolta presso il corso di studio in Infermieristica - sede di Mantova dell'Università degli Studi di Brescia, all'interno del modulo di Educazione Terapeutica. In questo contesto si è scelto di integrare le lezioni teoriche con l'incontro vivo e autentico con una paziente partner, Rita Pippa. Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, Rita ha condiviso il proprio percorso di malattia offrendo agli studenti non solo una testimonianza, ma un'esperienza di vita. Gli studenti del terzo anno hanno potuto confrontarsi con una narrazione intensa che li ha condotti oltre il dato clinico, permettendo loro di toccare la sfera più fragile e autentica della condizione umana. Come confermato dalla letteratura, la presenza di pazienti partner nei contesti formativi rappresenta un modo concreto per rimettere al centro il vissuto della persona, restituendo alla cura la sua dimensione più autentica [4]. L'esperienza con Rita ha confermato quanto la narrazione sia uno strumento formativo potente, capace di suscitare riflessioni profonde e di generare apprendimento significativo riconoscendo il paziente come esperto della propria esperienza, attribuendogli così dignità e valore formativo. In questa occasione, la poesia è stata il mezzo espressivo privilegiato. Come

sottolineano gli autori dell'articolo *"Opportunities for Poetic Analysis in Qualitative Nursing Research"* [5], l'analisi poetica è un prezioso metodo di ricerca infermieristica qualitativa che dà forma e parola a emozioni spesso difficili da esprimere nel linguaggio ordinario, consentendo così la progettazione di cure personalizzate e interventi infermieristici mirati. Attraverso un'intervista informale condotta dalla Dott.ssa Francesca Rossi, counselor e infermiera esperta, Rita ha descritto situazioni e vissuti che hanno segnato la sua professione prima, e il suo percorso di malattia poi.

Le poesie di Rita - tratte dal suo manoscritto *"Infinite volte"* - hanno parlato di perdita e ritrovamento, trasformazione e rinascita, negazione e consapevolezza, esplorando dimensioni spesso intangibili che la sola teoria fatica a rendere accessibili e comprensibili agli studenti.

"Ho dovuto confrontarmi con la perdita di una parte molto intima e sensibile del mio corpo", racconta. *"Avrei avuto ancora il coraggio di mostrarmi? Come mi sarei sentita? Con che occhi mi avrebbero guardata gli altri? Ho dovuto imparare a riconoscermi senza la mia chioma. Queste sono state cose durissime e lunghe da risolvere"*.

Chi è quella donna
che mi guarda dallo specchio
non posso essere io:
io ho lunghi ricci castani
che m'incorniciano il viso.
Anche gli occhi non sono i miei:
io non ho gli occhi tristi.
Solo quando sorride
cessa quel senso di estraneità.
E allora sorrido
e continuo a sorridere
per potermi riconoscere.

Continua: *"Il cambiamento che sento in me non dipende solo dalle cure, dipende dall'aver dovuto affrontare la paura, soprattutto la paura della paura: l'incertezza della vita. Questo mi ha fatto cambiare"*.

Questo mio seno disuguale
che ha perso il suo centro
non ha perso le tue carezze.
Questo seno cieco e sordo
non sente le carezze

ma le vedono i miei occhi

Rita ha invitato gli studenti a porsi domande profonde sul significato dell'assistere: *"Quale parte vogliamo avere nella vita di chi abbiamo davanti? Saremo capaci di condividere il suo dolore, di accettare la sua sconfitta senza abbandonarlo? Saremo capaci di non vederlo "lottare" o saremo in grado di aiutarlo quando decide di smettere di lottare? Accetteremo la sua e la nostra sconfitta?"*.

Sempre quell'incastro
che non risulta perfetto.
Quel poco che manca per colmare la misura.
Ormai non importa più.
Pezzi di corpo
a cui ero affezionata
se ne sono andati per sempre.
Mi mancano.
Ma continuo a camminare
per il mondo
come se fossi ancora intera.
E bella.
Desiderabile.

Una delle riflessioni più forti emerse riguarda il rischio di spersonalizzazione nel percorso di cura: *"L'essere invisibile per l'altro"* dice. *"Sentirsi di non esistere nella relazione. Credo che per l'essere umano e paziente sia la cosa più difficile"*.

La salute, non è più un semplice momento della vita, ma un'esperienza personale in continuo divenire. Ed è proprio in questo fluire che la persona assistita si confronta con la solitudine, l'incomprensione e con un tempo che, troppo spesso, non rende giustizia all'atto di cura. Per tale ragione si fa ancora più urgente la necessità per chi si prende cura, di riconoscere l'altro come persona, offrirgli voce, presenza e tempo autentico. Tutto questo richiama la responsabilità della formazione. Se pensare è un'attività solitaria, come diceva Socrate, è anche vero che il pensiero si costruisce nella relazione, nel dialogo, nel confronto [1]. Formare i futuri infermieri non può dunque ridursi a trasmettere nozioni, ma deve diventare cura delle relazioni, attenzione all'altro, capacità di ascoltare e di comprendere.

Il vissuto degli studenti: parole che restano

La formazione, nelle sue diverse modalità, si configura come uno strumento essenziale della cura. Formare significa educare a una duplice dimensione: educare ad avere cura ed educare avendo cura, due aspetti inscindibili. Creare contesti di apprendimento liberi è stato il principio guida dell'incontro in aula, culminato con una richiesta rivolta agli studenti: scrivere una parola capace di sintetizzare il proprio vissuto. I termini emersi, successivamente raccolti in un *word cloud* (Fig. 1), sono diventati il simbolo del valore di questa esperienza: amore, cura, resilienza, ascolto, empatia, paura, coraggio. Queste espressioni testimoniano quanto l'incontro con Rita abbia lasciato un'impronta profonda nei ragazzi, suscitando emozioni autentiche, riflessioni critiche e il desiderio di essere, prima di tutto, una presenza significativa nella vita delle persone che assisteranno. La formazione sanitaria, se vuole essere autenticamente umana, deve saper accogliere nuove forme e nuove voci, deve imparare a sedersi accanto ai pazienti, a farsi raccontare, a condividere significati. Il paziente partner è testimone e maestro, capace di trasmettere non solo informazioni, ma visioni del mondo e significati. Questa esperienza dimostra quanto pratiche innovative possano incidere sulla crescita personale e professionale degli studenti, contribuendo a formare operatori sanitari più consapevoli e responsabili nel loro agire per un'assistenza che sappia essere davvero centrata sulla persona. Non basta curare il corpo, bisogna "abitare" la storia dell'altro.

Bibliografia

1. Mortari L. La sapienza del cuore. Pensare le emozioni, sentire i pensieri. Riv Ital Filos Educ. 2017;9:205–1. Disponibile su: <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siped/article/view/2387>
2. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. Med Educ. 2010;44(1):64–74
3. Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Progetto EduCare – Il paziente come partner nella formazione. [Internet]. Disponibile su: <https://www.educare.unimore.it/il-progetto>
4. Ndjaboue R, Beaudoin C, Comeau S, et al. Patients as teachers: a within-subjects randomized pilot experiment of patient-led online learning modules for health professionals. BMC Med Educ. 2024;24:525
5. Montgomery K, Todres L, Galvin KT. Opportunities for Poetic Analysis in Qualitative Nursing Research. Int J Qual Methods. 2022;21:1–9. doi:10.1177/16094069211067670



Figura 1. Word Cloud “Parole che restano”: testimonianza degli studenti del III anno del CdL di Infermieristica sede di Mantova, Università degli studi di Brescia.

La medicina narrativa nella formazione

Viviana Bersani, Paolo Giobbi Mancini, Chiara Cortellazzi, Antonio Valitutto, Mariapia Delle Donne
Corso di Laurea in infermieristica – Università Statale di Milano
Sez Cesano Boscone - Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS

Come formare i futuri infermieri? Chiedersi come formare i futuri infermieri è una domanda che tutor, docenti e formatori si pongono costantemente, ma non c'è una "regola giusta o sbagliata", ma una cosa è certa, che la capacità di trasmettere le competenze e le conoscenze nella nostra professione spesso risulta essere un processo complesso e sfidante.

Formare gli studenti delle professioni sanitarie su come relazionarsi con la persona malata e ai caregivers attraverso la Medicina Narrativa, potrebbe essere un suggerimento per la costruzione di laboratori didattici con lo scopo di preparare per il tirocinio clinico gli studenti.

Il tirocinio rappresenta un punto determinante per la qualità della formazione infermieristica e deve essere considerato come una situazione di profondo dinamismo formativo, che permette sia di affrontare nuovi contenuti, ma anche di apprendere capacità cliniche e relazionali altrimenti non acquisibili. Si tratta di un percorso definito da obiettivi che integrano, arricchiscono e verificano gli apprendimenti teorici attraverso l'esperienza diretta intesa non solo come applicazione di quanto appreso in teoria, ma anche come una maggiore maturazione e consapevolezza professionale.

La semplice permanenza degli studenti nell'area clinica durante l'esperienza del tirocinio clinico, senza attività formative strutturate, potrebbe non essere sufficiente a garantire l'acquisizione delle competenze professionali, competenze di tipo assistenziale, relazionale. Da questi presupposti nasce la necessità di strutturare un percorso che preveda nelle ore di formazione, lezioni volte a fornire strumenti concreti e pratici da poter poi applicare durante il percorso del tirocinio clinico professionalizzante.

La medicina narrativa è un approccio che può essere utilizzato per formare gli studenti di infermieristica a relazionarsi con i pazienti, promuovendo l'ascolto, l'osservazione e la consapevolezza, in quanto il tempo di cura e di ascolto attivo fa bene al curato e al curante.

Durante il tirocinio osservativo sono stati programmati diversi eventi tra cui: l'incontro con due ragazzi sottoposti a trapianto di cuore, dando voce al loro vissuto e al vissuto del caregiver durante il percorso di cura; l'incontro con la figlia (collega infermiera) che ha assistito la madre dal momento della comunicazione della diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) fino al momento della sua morte; Incontro con i ragazzi della comunità psichiatrica. Al termine è stato chiesto agli studenti alcune riflessioni sulle tematiche affrontate che, hanno fatto emergere quello che vedono nel mondo professionale, aumentando la loro consapevolezza e certezza a diventare infermieri, di seguito alcune riflessioni:

"Mi sono resa conto del potere che abbiamo in mano e come possiamo influenzare il percorso di cura della persona, questo mi spaventa, ma nello stesso tempo mi rende più consapevole di dover studiare e migliorarmi sempre";

"La nostra futura professione mira non solo a curare la persona ma anche a prendersi cura...il tempo di relazione è il tempo di cura"

"Ho colto l'importanza del dialogo con l'assistito ma soprattutto l'umanità di cui abbiamo bisogno per stare accanto ad un paziente, dobbiamo ricordare sempre che sono persone e non solo pensare a loro come malati ma da oggi riconosco loro come una risorsa, come una ricchezza della quale non possiamo farne a meno se vogliamo essere dei professionisti completi e degli infermieri bravi"

"Kintsugi: Avrò delle cicatrici profonde nel cuore, ma queste cicatrici saranno di oro valorizzando l'esperienza e la crescita professionale"

La lettura di queste riflessioni aiuta i docenti e tutor a comprendere come la formazione alla professione sia un processo dinamico: il racconto dei vissuti rappresenta un momento arricchente, capace di dare voce alle emozioni, tanto importante da meritare di essere coltivato e implementato nel percorso di ogni professionista.

"Concludere il nostro primo tirocinio di infermieristica è stato un viaggio straordinario, dove abbiamo scoperto il potere nelle nostre mani: il potere di curare e prendersi cura. La nostra





futura professione va oltre la semplice cura fisica, mira a stabilire una connessione profonda con ogni paziente, perché sappiamo che la relazione è cura."

"Nel corso di questa esperienza, abbiamo imparato l'importanza del rispetto dell'integrità della persona, riconoscendo che di fronte ci sono individui con un racconto, un vissuto che va oltre la malattia. Abbiamo iniziato a riflettere sui nostri pregiudizi, cercando di entrare nel loro mondo e comprendendo che, fondamentalmente, siamo tutti "normali"."

Le cicatrici profonde nel nostro cuore saranno di oro, testimonianza della nostra crescita e della nostra dedizione a questa nobile professione. Grazie a questa opportunità, abbiamo trovato una ragione di vita, un senso che rende la nostra vita e il nostro lavoro significativi. Le cose più belle nascono per caso, ma crescono e durano per scelta.



Paideia: la forma della conoscenza e della competenza. Esperienza dell'infermieristica specialistica nel wound care

Dott.ssa Laura De Rose

Specialista in wound care e Cure Domiciliari

"Paideia" è un termine dell'antica Grecia che indicava il modello pedagogico in vigore ad Atene nel V secolo a.C. Significa formazione o educazione e rimanda letteralmente alla "forma della conoscenza". Non si riferiva solo all'istruzione scolastica, ma a un più ampio sviluppo etico e spirituale, finalizzato a formare cittadini completi, pienamente consapevoli del proprio ruolo all'interno della comunità.

Nel mondo romano, l'educazione era considerata pilastro fondamentale nella costruzione della cittadinanza. Nel Medioevo, si sviluppava soprattutto nelle scuole monastiche, cattedrali e università, con un impianto centrato sull'insegnamento religioso e le arti liberali. In Italia, nel secondo dopoguerra, la formazione si declinò come risposta concreta al problema della disoccupazione giovanile: un mezzo per restituire ai giovani dignità umana ed economica, autonomia e progettualità.

Con il passare del tempo, l'esperienza e le evidenze dimostrano come si stiano modificando profondamente le modalità con cui le persone apprendono e utilizzano le conoscenze nella vita personale e professionale. Il modello tradizionale, uniforme e prescritto, ha lasciato spazio a un paradigma formativo più dinamico, flessibile e personalizzabile.

Anche nel mondo del wound care, ambito in cui operiamo quotidianamente, la formazione ha conosciuto un'evoluzione significativa: oggi abbiamo a disposizione una varietà di approcci, tutti validi, ciascuno rispondente a obiettivi e bisogni differenti. La possibilità di scegliere tra diversi percorsi ci consente di aggiornare continuamente le nostre competenze, costruendo una forma di conoscenza – la nostra Paideia – su misura per noi.

Dalla formazione frontale in aula, passata durante la pandemia all'eLearning, fino alle modalità blended e al training on the job, ogni professionista trova la propria via per apprendere in modo efficace. Tuttavia, la sfida formativa più complessa è forse un'altra: trasferire competenze ai pazienti e ai caregiver, fondamento dell'adesione consapevole al patto di cura. Questa attività richiede sensi-

bilità, capacità di osservazione, rispetto per le dinamiche familiari e relazionali.

Lo specialista in wound care, guidato dall'evidenza scientifica, esercita la propria Paideia in contesti diversi, adattando linguaggio, tono e approccio, nel pieno rispetto dei limiti culturali dei pazienti. Ma soprattutto ricordando che al centro non c'è la lesione, bensì la persona.

Formarsi – e formare – attraverso ogni possibile modalità, ci permette di entrare nelle case dei pazienti, costruendo una relazione di fiducia con loro e le loro famiglie. Quando si stabiliscono obiettivi terapeutici, è essenziale considerare tutti i fattori che possono interferire con il processo di cura: aspetti ambientali, culturali, economici ed emotivi. Questo, nel wound care, deve essere sempre chiaro.

L'educazione deve essere rivolta alla comprensione delle cause, alla prevenzione, alla cura, alla collaborazione. Solo così potremo migliorare le competenze, ridurre le complicanze, ottimizzare i processi di guarigione, migliorare la qualità della vita delle persone che si affidano alla nostra professionalità.

Essere disposti alla collaborazione con altri professionisti, riconoscere i propri limiti e ripartire da lì per continuare il proprio percorso di crescita formativa: questa è la vera essenza della Paideia.

Anche la comunicazione gioca un ruolo cruciale. Solo con un linguaggio rispettoso e appropriato possiamo mettere a disposizione la nostra conoscenza, rendendo il paziente e la famiglia protagonisti consapevoli del proprio percorso di cura.

La storia di Caterina

Caterina ha 89 anni. È parzialmente autonoma, vive con una famiglia presente ma diffidente, segnata da precedenti esperienze negative. Dorme prevalentemente sul fianco sinistro. Da circa un anno presenta una lesione da pressione al malleolo esterno destro. I trattamenti effet-

tuati finora si sono susseguiti senza risultati evidenti, alimentando lo scetticismo delle nipoti che la assistono: “È una ferita troppo vecchia... nessuno ci è mai riuscito... la nonna ha le sue abitudini...”.

All'inizio, il trasferimento delle competenze per una gestione efficace del caso è stato lento. Mi sono concentrata sulle medicazioni e su piccoli consigli quotidiani, sottolineando che il successo di questo percorso sarebbe dipeso da ognuno di noi, compresa Caterina. Ho spiegato che la prevenzione è parte fondamentale della cura: in quel momento, si è aperto un varco di ascolto.

Ho proposto l'utilizzo di un presidio in Ligasano da mantenere a letto, in grado di rispettare la posizione preferita da Caterina ma di mantenere il malleolo sospeso. Le prime reazioni sono state di perplessità. Il mio ruolo iniziale è stato quello dell'esecutrice: medicare, gestire il dolore, prevenire le complicanze, rispondere ai dubbi.

Con il passare dei giorni, la situazione è migliorata. Il dialogo si è fatto più fluido. L'uso del presidio è diventato routine. Abbiamo iniziato a parlare anche di alimentazione, idratazione, movimento. Caterina ha cominciato a sorridermi, salutandomi con un semplice “ciao”. Le nipoti chiedono consigli, confronti, approfondimenti su prevenzione, igiene e cura della cute. Intanto io procedo con le rivalutazioni cliniche, le medicazioni e la documentazione.

Sono passate cinque settimane dall'inizio della presa in carico. Due accessi settimanali. Dopo un avvio in cui mi sentivo solo un'esecutrice, abbiamo raggiunto gli obiettivi condivisi. Caterina e le sue nipoti si sono sentite parte attiva del percorso. Ora spetta a loro mantenere i risultati raggiunti.

Ogni Forma di Formazione diventa quindi un investimento cruciale per migliorare la qualità delle cure. La formazione è la miglior forma della conoscenza e delle competenze: la Paidea



Percorso di cura di Caterina in 5 settimane.

Un'altra forma di formazione? Ce lo chiede la società!

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

"Oltre agli investimenti serve anche una nuova visione d'insieme della cura. Il dolore di un malato è fisico, sociale, psicologico e spirituale come ci ha insegnato Cicely Saunders, che ideò e costruì il primo hospice al mondo nel 1967. La medicina si insegna e si impara negli ospedali, ma le persone si ammalano e vivono a casa loro. Se non si tiene conto di questo contesto è difficile immaginare una buona cura ospedaliera e domiciliare che si prenda carico fino in fondo dei pazienti terminali". Condivido questa osservazione di Giada Lonati, da 15 anni direttrice socio sanitaria di Vidas aggiungendo che sarebbe necessario, per non far rimanere il quotidiano di chi assistiamo pieno solo di parole e solitudine, farci carico di una nuova forma di formazione (chiamiamola come vogliamo: educazione sanitaria o prevenzione) rivolta a noi operatori sanitari e al cittadino mettendoci a sua completa disposizione per informarlo e formarlo su stili di vita, alimentazione, gestione dei farmaci e tanto altro che noi infermieri siamo capaci di insegnare.

Tiziano Terzani, nel libro *Un indovino mi disse* edito da Longanesi, a pagina 12 scrive. *"La verità è che uno a cinquanta cinque anni ha una gran voglia di aggiungere un pizzico di poesia alla propria vita, di guardare al mondo con occhi nuovi, di rileggere i classici, di riscoprire che il sole sorge, che in cielo c'è la luna e che il tempo non è solo quello scandito dagli orologi"*. Cosa c'entra Terzani con l'educazione sanitaria, la formazione, la prevenzione? Mi verrebbe da dire nulla ma mentirei a me stesso perché sono convinto che abbiamo bisogno, tutti, ad un certo punto della nostra vita di pensare ad altro, pensare oltre, migliorare quello che siamo e che facciamo come cittadini e soprattutto come Infermieri.

Invecchiando professionalmente mi interessa di più cosa c'è dietro o insieme alla malattia andando all'ascolto di testimoni della professione infermieristica e del sociale. Premesso ciò non è mia intenzione mettermi a disquisire sull'importanza della formazione perché non c'è nulla da dire: senza non siamo nulla! Senza, non siamo cittadini completi e non possiamo nemmeno considerarci professionisti dell'assistenza.

È necessario, però, pensare ad una formazione diversa da quella che facciamo integrandola con esperienze che non necessariamente fanno parte del nostro mondo professionale ma lo possono migliorare arricchendolo di saperi. Faccio qualche esempio: invitare ad un convegno dove si parla di Alzheimer un caregiver che ha scritto un

libro dove racconta il suo quotidiano con la mamma malata è fondamentale per capire e migliorare la qualità della nostra assistenza. Come migliorerebbe invitare a raccontarci chi è il presidente di un'associazione di volontari che si occupano, anche in questo caso, di Alzheimer per scoprire quanto è utile ascoltare il familiare di chi stiamo assistendo per comprendere come migliorare i nostri gesti di cura.

Ascoltare chi soffre di schizofrenia paranoide, ascoltare la sua storia, la sua esperienza quando ricoverato, potrebbe farci capire, ad esempio, quanto è importante essere gentili con chi sta male scoprendo che il "matto" non va trattato con sufficienza come se fosse un deficiente.

Per ultimo ritengo che sia fondamentale andare nelle periferie delle nostre città per incontrare le persone e non aspettare che siano loro a venire da noi.

Mi sono sempre chiesto perché noi operatori sanitari non mettiamo a disposizione delle persone sane le nostre conoscenze, esperienze e capacità. Se lo facessimo potremmo veramente fare la differenza spiegando, educando, informando. Non lo facciamo! Pochissimi di noi lo fanno. Mettere a disposizione il nostro sapere, oltre a gratificarci, permetterebbe di salvaguardare e migliorare la salute di tutti.

C'è poi bisogno di forme diverse di formazione. Non più solo chi parla e chi ascolta ma interazione con esempi concreti di vissuti assistenziali quotidiani. Ci si accorge subito se chi sta parlando è un teorico della professione (non c'è nulla di male ad esserlo) o un esperto della professione che porta a conoscenza o in discussione il suo sapere frutto del lavoro sul campo. C'è bisogno di coinvolgere l'associazionismo sanitario e chi è portatore di malattia nel percorso di formazione di noi infermieri. È necessario coinvolgere le figure di supporto nell'organizzazione dei momenti formativi aprendoli a loro e al loro vissuto. Dobbiamo pensare ad un'altra forma di formazione insieme al cittadino andando nelle scuole, nei centri dove si trovano gli anziani e all'interno del volontariato. E poi la formazione sul campo, quella vera dove si portano gli studenti di infermieristica e anche gli infermieri in tutti quei luoghi dove c'è il disagio ma non solo (mense dei poveri, dormitori, piazze, ecc.). Occorre buttare semi che germogliando possano creare cambiamento perché è necessaria un'altra forma di formazione non perché lo diciamo noi ma perché ce lo chiede la società di cui, noi infermieri, facciamo parte.

Le forme della formazione: il teatro come palcoscenico di crescita professionale, personale e collettiva

Andreina Saba, Servizio Infermieristico Domiciliare
IRCCS AUSL Reggio Emilia



Mi chiamo Andreina Saba, sono un'infermiera e da più di 15 anni mi dedico alle cure palliative domiciliari. Dal 2006, anno in cui ho conseguito il master in cure palliative, ho sempre cercato nuove opportunità di formazione ritenendo l'educazione continua alla base della nostra professione. Ogni giorno mi confronto con la sofferenza, la malattia e il fine vita, e ho capito che oltre alle competenze tecniche, la formazione deve permettere di sviluppare una preparazione più profonda che parta dall'identità personale e professionale e abbracci tutti gli aspetti emotivi, psicologici ed esistenziali della persona.

Il mio primo incontro con un progetto educativo davvero rivoluzionario è avvenuto nel 2013, durante un'esperienza residenziale di due settimane a Varenna, organizzata dalla Società Italiana Cure Palliative. Il corso, intitolato "Hospice, cure palliative e cure di fine vita", ha segnato una svolta nel mio modo di concepire la formazione. Per la prima volta, ho visto come le discipline umanistiche - dalla filosofia alla letteratura, dalla storia alla psicologia fino alle arti - possano diventare strumenti potenti per arricchire la relazione tra chi presta assistenza, i pazienti e i loro familiari. La formazione si è articolata in un percorso immersivo e interdisciplinare, in cui la narrazione è stata utilizzata per esplorare le esperienze di cura attraverso racconti, testimonianze e scrittura riflessiva. La visione di film tematici ha creato momenti di dibattito e confronto per approfondire le emozioni e le implicazioni etiche emerse. Le attività di *role playing* hanno permesso di immedesimarsi nei diversi attori del processo assistenziale, favorendo l'empatia e la comprensione delle dinamiche

relazionali trasformando l'apprendimento in un viaggio coinvolgente e trasformativo. Sono stati strumenti per me innovativi, sperimentati con qualche incertezza, eppure con risultati inaspettati: per la prima volta ho lavorato sulla relazione con l'altro e su me stessa come persona e infermiera. Questa esperienza mi ha offerto una nuova prospettiva, consentendomi di accogliere con maggiore consa-

pevolezza le esperienze di vita dei pazienti per abbracciare anche le dimensioni psicologiche, sociali e spirituali oltre agli aspetti fisici.

Numerosi studi evidenziano come le discipline umanistiche, le arti e in particolare il teatro siano strumenti preziosi per sviluppare la *compassionate care* e l'empatia, offrendo uno spazio di esplorazione e comprensione delle proprie emozioni e dei vissuti altrui. Se a livello universitario internazionale queste metodologie didattiche stanno iniziando a essere implementate, le esperienze nella formazione continua delle professioni sanitarie restano ancora limitate [1-3].

L'utilizzo del teatro nella formazione infermieristica ha suscitato in me molta curiosità, infatti, come infermieri siamo simili ad attori su un palcoscenico, durante l'interazione con i pazienti e i familiari, moduliamo il tono della voce, il linguaggio del corpo e l'empatia per costruire una relazione di fiducia che influisce profondamente sull'esperienza di cura.

Alla ricerca di nuove strategie formative, insieme a un gruppo di colleghe conosciute durante il Master di II livello a Parma incentrato sulle metodologie didattiche innovative, abbiamo iniziato a esplorare il ruolo del teatro conducendo una *scoping review*.

La revisione ha esplorato l'applicazione del teatro nell'educazione permanente degli infermieri, mettendo in luce sia le lacune che le opportunità educative. Ha evidenziato il potenziale di questa metodologia per sviluppare empatia, creatività e nuove prospettive nella formazione continua in ambito sanitario ponendo attenzione alle in-



terazioni interprofessionali.

Spinta da questa nuova consapevolezza, ho intrapreso personalmente un percorso all'interno di un laboratorio teatrale unico nel suo genere. *"Hospice? ...neanche morto!! Dialoghi vivaci attorno alla nostra mortalità"* è un progetto promosso dall'Hospice Madonna dell'Ulivo di Reggio Emilia, in collaborazione con Istarion, un'associazione di promozione sociale che utilizza il teatro come strumento di riflessione e trasformazione.

Questa esperienza è stata pensata non solo per i professionisti sanitari ma anche per la comunità per creare un ponte tra chi si occupa della cura e i cittadini affrontando con sensibilità e profondità il grande tema della morte e del morire.

Il corso ha preso il via nell'ottobre del 2022 e si è svolto nell'arco di sei mesi, con incontri settimanali della durata di circa due ore. Ha coinvolto un piccolo gruppo eterogeneo di partecipanti: professionisti sanitari e cittadini. Il percorso si è articolato in diverse fasi, ognuna pensata per accompagnare in un viaggio di esplorazione personale e collettiva. All'inizio, gli incontri erano focalizzati sulla consapevolezza corporea e sulla relazione con gli altri. Attraverso esercizi specifici, i partecipanti hanno lavorato sulla percezione del proprio corpo nello spazio e sulla loro presenza scenica. Successivamente, il focus si è spostato

sull'ascolto reciproco e sulla connessione autentica con gli altri membri del gruppo. Sono state utilizzate tecniche teatrali per favorire l'esplorazione interiore. I partecipanti sono stati guidati a liberare la mente, dando spazio a riflessioni intime su domande esistenziali come il significato della morte e il modo in cui vorrebbero affrontarla. Dopo questa intensa esperienza, ognuno ha rielaborato i propri vissuti e li ha trasformati in parole, scrivendo le proprie riflessioni sulle emozioni e le consapevolezze emerse durante il percorso.

Dalla raccolta di queste esperienze, la conduttrice ha costruito il canovaccio dello spettacolo, unendo i diversi contributi in un'unica narrazione. Ogni partecipante ha portato in scena la propria storia, prendendo parte a un'esperienza di *reader theatre*, una forma teatrale in cui il testo scritto viene letto e interpretato senza la necessità di una messa in scena tradizionale.

Una rappresentazione pubblica dello spettacolo è stata offerta in varie città in provincia di Reggio Emilia permettendo un momento di condivisione collettiva in cui il teatro ha offerto uno spazio di riflessione aperto e partecipato sul tema della morte.

Il *reader theatre* si è rivelato un efficace strumento educativo, capace di valorizzare l'espressione e la narrazione più che la semplice performance scenica. Questo approccio ha facilitato l'elaborazione di temi profondi, permettendo di affrontare argomenti complessi in modo autentico e coinvolgente.

Oggi più che mai, è necessario ripensare la formazione in modo innovativo, coinvolgendo non solo chi si prende cura, ma anche chi riceve cura. Il teatro si rivela un potente strumento per abbattere barriere, stimolare la riflessione e restituire alla comunità uno spazio di confronto su temi spesso relegati al silenzio.

Riferimenti bibliografici

1. Gray J, Cartmill C, Whitehead C. Playing well with others: lessons from theatre for the health professions about collaboration, creativity and community. *Adv Health Sci Educ.* 2024 Nov 1;29(5):1611–30.
2. Jefferies D, Glew P, Karhani Z, McNally S, Ramjan LM. The educational benefits of drama in nursing education: A critical literature review. *Nurse Educ Today.* 2021 Mar;98:104669.
3. Molu B, Baş MT. The impact of implementing the creative drama technique on creative thinking and empathy levels of nursing students in pediatric nursing course. *Teach Learn Nurs.* 2024 Feb 16.

Riabilitazione delle Problematiche Pelvi-Perineali Il ruolo dell'infermiere nella Riabilitazione delle Problematiche del Pavimento Pelvico

Sara Rosaria Tubbiolo, Istituto di Cura Città di Pavia



Mi chiamo Sara Rosaria Tubbiolo, sono un'infermiera e da circa 3 anni mi occupo, come libera professionista, di Riabilitazione del Pavimento Pelvico presso l'Istituto di Cura Città di Pavia.

Svolgo la mia attività all'interno dell'U.O. di Proctologia, diretta dal Dott. Umberto Favetta, seguendo i pazienti pre e post-intervento chirurgico. In molti casi i pazienti vengono indirizzati al trattamento riabilitativo proprio con l'obiettivo di non arrivare alla chirurgia.

Ai nostri ambulatori si rivolgono non solo i pazienti interni, ma anche quelli inviati da professionisti esterni come Ginecologi, Fisiatri, Urologi che riconoscono il nostro Centro come un'eccellenza sul territorio. Da Aprile 2023, data di apertura del Servizio di Riabilitazione del Pavimento Pelvico gestito dal Dott. Carmelo Geremia, ad oggi, sono state eseguite circa 2.500 prestazioni.

Cenni Storici

Grazie al dott. Kegel, noto ginecologo americano, dal 1948 in USA si parla di riabilitazione in questo campo.

Il dottore si rese conto che facendo stringere i muscoli perineali alle sue pazienti, queste iniziavano a non essere più incontinenti. Nel tempo, la tecnica si è affinata e gli esercizi di Kegel insieme ad altri, sono stati proposti per diverse patologie.

La Riabilitazione del Pavimento Pelvico è una pratica clinica che ha una lunga storia ma, in Italia, solo da pochi anni si è as-

sistito a un'accelerazione nella sua applicazione in più campi. È bene precisare che questo tipo di Riabilitazione tratta una sfera particolarmente intima della persona e a causa dei tabù a essa collegati, lo sviluppo delle sue potenzialità ha subito dei rallentamenti.

Oggi l'informazione e le conoscenze sempre più mirate verso certe tematiche hanno portato a parlare con più disinvoltura e con meno inibizioni di queste problematiche e del trattamento riabilitativo.

Questo settore risponde a un bisogno crescente della popolazione, correlato a fattori come l'aumento dell'età media, ma anche alla maggiore attenzione a problematiche che in passato non venivano considerate o erano accettate senza possibilità di lamentarsi e di trovare soluzioni.

La Riabilitazione del Pavimento Pelvico si occupa in maniera mirata di problemi come:

- Incontinenza urinaria da sforzo
- Incontinenza urinaria da urgenza
- Incontinenza urinaria mista
- Incontinenza fecale
- Stitichezza funzionale
- Problemi legati a prolapsi pelvici di vescica, uterino, retto
- Dissinergia addomino-pelvica
- Ragade anale, sindrome emorroidaria
- Problematiche legate alla Menopausa
- Problematiche relative al dolore pelvico.

Il dolore pelvico è complesso e invalidante poiché non è solo legato a fattori fisici ma anche alla sfera umana, personale, affettiva:

- Dismenorrea
- Vestibulodinia
- Clitoridodinia
- Dispareunia
- Endometriosi
- Dolore Pelvico Cronico

Questo tipo di patologie trova nella Riabilitazione una risposta terapeutica importante, laddove l'uso di farmaci antiodorifici non basta.

La Riabilitazione del Pavimento Pelvico può essere una risorsa importante per molte donne che hanno affrontato

trattamenti oncologici, chemioterapici e radioterapici, ma anche per uomini che si sono sottoposti a interventi urologici, come per ipertrofia prostatica benigna o maligna. In alcuni campi la riabilitazione sta diventando sempre di più di supporto per il paziente, ad esempio come nelle patologie degenerative muscolari e nella Malattia di Parkinson.

La Riabilitazione è fondamentale per il benessere non solo fisico ma anche mentale dei pazienti.

Tutti i disturbi sopra citati, a lungo andare, possono portare a conseguenze che influiscono sulla vita di tutti i giorni.

- **Possono portare a situazioni di imbarazzo e frustrazione**
- **Possono portare ad atteggiamenti depressivi dovuti al fastidio cronico o al dolore**
- **Possono alterare l'immagine di sé con riduzione della propria autostima**
- **Possono provocare alterazioni della vita di coppia**
- **Possono provocare isolamento sociale per paura di trovarsi in situazioni che rendano manifesto il problema**
- **Possono limitare le attività quotidiane ma anche la vita lavorativa**
- **Possono limitare nell'attività fisica**
- **Possono dare stanchezza mentale e fisica**

Parliamo di numeri...

In Italia circa il 20% delle donne sopra i 45 anni soffre di incontinenza, senza considerare i casi non dichiarati. Mentre per gli uomini il dato scende al 12%.

Nel 70% dei casi di Incontinenza urinaria, la Riabilitazione porta alla guarigione; nel restante 30%, a un miglioramento della qualità della vita.

In Italia il 20% delle donne adulte soffre di **dolore nell'ambito della sfera intima** e la Riabilitazione aiuta a trovare soluzioni diverse dall'uso di farmaci e a gestire il dolore.

L'acquisizione di competenze specifiche consente all'Infermiere di essere fondamentale nella presa in carico del paziente e nella stesura del processo riabilitativo.

Il percorso Riabilitativo prevede varie fasi e l'ausilio di tecnologie:

- **Identificazione delle problematiche:** conoscenza della fisiologia e della patologia;
- **Chinesiterapia:** insegnamento di esercizi di contrazione e rilassamento della muscolatura per rinforzare il pavimento pelvico ed esercizi di rilassamento dove invece interviene una situazione di ipertono;

- **Biofeedback:** applicazione della chinesiterapia attraverso un'apparecchiatura elettromiografica che aiuta a prendere consapevolezza e a migliorare il controllo muscolare;
- **Cambiamento delle abitudini e di stili di vita errati;**
- **Utilizzo di apparecchiature per elettrostimolazione funzionale:** per migliorare e facilitare la ripresa del tono muscolare, dove possibile;
- **Tens:** terapie antalgiche consigliate nelle problematiche legate al dolore e **stimolazione del Nervo Tibiale.** Sono terapie innovative per tutta la sintomatologia con correlazione neurologica (Nervo pudendo e Nervo del muscolo elevatore dell'ano);
- **Terapia manuale e massaggi mio-fasciali:** per migliorare l'elasticità dei tessuti e sciogliere situazioni di contrattura (Ipertono);
- **Rieducazione volumetrica:** per rieducare casi di aumento o riduzione dei volumi del comparto ampollare.

Fondamentale è la capacità di collaborazione con varie figure professionali.

La figura del Riabilitatore prevede la collaborazione con Fisiatri, Ginecologi, Urologi, Proctologi, Chirurghi generali, Gastroenterologi che indirizzano il paziente verso la riabilitazione.

La formazione per approcciarsi a questo tipo di professione è fondamentale, infatti sono disponibili **Master Universitari indirizzati a tutte le figure sanitarie.**

Il ruolo dell'Infermiere Riabilitatore del Pavimento Pelvico parte proprio dalla sua preparazione di base, con una visione olistica della persona. Anche per questo il valore aggiunto dell'infermiere in questo settore è mirato a gestire la Riabilitazione in ogni singolo aspetto.

La Riabilitazione del Pavimento Pelvico o più propriamente delle Problematiche Pelvi-Perineali, vede una fase di sviluppo nell'ambito della medicina riabilitativa, offrendo nuove opportunità di crescita professionale, sia in ambiente ospedaliero che sul territorio.

Non va tralasciata la capacità dell'Infermiere all'empatia.

L'infermiere oggi ha l'opportunità di specializzarsi in un settore innovativo, in continua crescita, altamente specializzato, che però, vista la delicatezza delle problematiche, richiede non solo conoscenze tecniche e aggiornamento costante, ma anche sensibilità e capacità d'ascolto.

Questa professione può dare una concreta opportunità di sviluppo lavorativo e umano.

Mi auguro in futuro di confrontarmi sempre di più con colleghi che vogliano iniziare questo nuovo e appagante percorso.

Il potere delle soft skills: competenze essenziali per gli infermieri di oggi e domani

Di Gennaro Antonella, Coordinatrice Infermieristica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Fusco Maria Antonietta, Coordinatrice Infermieristica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Ruggiero Anna, Infermiera, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

“La prima volta che entrai in un reparto come studente di infermieristica pensai che di quasi tutto quello che mi avevano spiegato in quell'anno accademico non sapevo assolutamente applicarlo. Si parlava di teorie del Nursing di Florence Nightingale, i 4 bisogni di Virginia Henderson, diagnosi infermieristica... ma il senso di frustrazione che mi investì, l'agitazione e l'inadeguatezza li ricordo ancora oggi a distanza di 12 anni. Ricordo che nessuno mi avesse fornito strumenti utili per applicare la teoria alla pratica e che le uniche competenze importanti da acquisire e da avere per essere un buon infermiere fossero quelle tecniche. Pensavo “solo” a sviluppare competenze tecniche ma oggi che sono “dall'altra parte” e che mi trovo a seguire gli studenti di infermieristica alla loro prima esperienza di tirocinio, mi sono interrogata su quali siano realmente le competenze che un tutor debba trasmettere allo studente. È davvero di questo che lo studente infermiere che entra per la prima volta in reparto ha bisogno? Quali competenze sono necessarie oltre a quelle tecniche? Un tutor che segue uno studente quali competenze dovrebbe avere e trasmettere?”.

Ognuno di noi ha incontrato nel proprio percorso un infermiere che ha fatto la “differenza” e che lo ha aiutato ad affrontare problemi, insicurezze, stress legato ai primi tirocini e ad interrogarsi sul razionale di un intervento infermieristico, a credere in sé stessi, a sviluppare il pensiero critico e a comunicare in modo efficace al paziente. Le competenze tecniche rimangono pilastri indispensabili per la formazione di un professionista sanitario ma l'acquisizione di competenze non tecniche ha attirato una notevole attenzione negli ultimi decenni con l'obiettivo di contribuire ad un modello più olistico di formazione sanitaria.

L'espressione “soft skills”, o “competenze trasversali”, fa riferimento ad una “combinazione dinamica di abilità cognitive e metacognitive, interpersonali, intellettuali e pratiche. Le soft skills aiutano gli individui ad adattarsi e ad assumere atteggiamenti positivi in modo da riuscire ad affrontare efficacemente le sfide poste dalla vita quotidiana e professionale”.

In altre parole, possono essere considerate delle attitudini individuali, che si sviluppano nel tempo e sono influenzate dall'ambiente di vita e dalle esperienze personali.

Il riconoscimento e l'attenzione verso queste competenze nasce negli anni '70 e fin da subito è legato al concetto di prevenzione del rischio. In quegli anni la NASA indagò sul ruolo rivestito dalle soft skills per capire la connessione tra queste e alcuni incidenti aerei. Nacque un programma educativo rivolto ai piloti (CRM) che aveva

come obiettivo quello di potenziare/migliorare il lavoro in gruppo e dava l'avvio al concetto di “imparare dall'errore” per prevenirne il ripetersi.

Successivamente, studi condotti in ambienti differenti hanno dimostrato che il concetto di “sicurezza” non può essere legato solo ed esclusivamente ad abilità o conoscenze tecniche ma include anche il fattore umano e le competenze trasversali. I report “To Err Is Human” (1992) e “An Organization with a Memory” (2000), hanno spostato l'attenzione sugli errori sanitari: la carenza di alcune soft skills determina un aumentato degli errori e, di conseguenza, l'erogazione di prestazioni poco sicure. Nell'ultimo decennio, numerosi studi hanno riconosciuto l'importante ruolo rivestito da queste competenze nelle professioni sanitarie, soprattutto legato alla natura particolare della professione che prevede contatti con i pazienti e i loro familiari.

In questo ambito le soft skills possono essere intese come “capacità di mobilitare e integrare le proprie risorse interne (conoscenze, abilità e atteggiamenti) a quelle esterne disponibili (strumenti, persone, contesti) per affrontare situazioni sfidanti”.

La necessità degli infermieri di mettere in atto simultaneamente competenze diverse e complementari (competenze tecniche, conoscenze, affettività), unita a carichi di lavoro sempre crescenti, può incidere negativamente sulla qualità delle prestazioni da loro erogate e determinare un aumento del rischio di caduta, errori nella somministrazione dei farmaci e delle infezioni ospedaliere, dello stress e dell'ansia. Le soft skills ritenute essenziali per la professione infermieristica sono: comunicazione efficace, empatia ed intelligenza emotiva, ascolto attivo, lavoro di squadra e collaborazione, gestione dello stress e resilienza, pensiero critico e problem solving, leadership e capacità decisionale, adattabilità e flessibilità, gestione dei conflitti, etica e responsabilità professionale. Queste skills sono interconnesse tra loro, tuttavia, nelle diverse situazioni che l'infermiere si trova a fronteggiare, si ha una predominanza di alcune su altre.

La comunicazione è alla base del rapporto infermiere-paziente: saper ascoltare attivamente, esprimersi in modo chiaro e adattare il proprio linguaggio al livello di comprensione dell'altro, genera fiducia, migliora l'aderenza terapeutica e riduce ansia e incertezze. Una buona comunicazione all'interno del team e con altri professionisti sanitari riduce e previene gli errori, garantisce un lavoro di squadra e migliora i risultati e la qualità dell'assistenza. In ambito di cura e in situazioni “delicate” (un lutto o una

diagnosi infausta) la comunicazione non è sufficiente. Un buon infermiere deve essere in grado di riconoscere e comprendere le emozioni e i bisogni dell'altro (empatia) ma allo stesso tempo deve essere in grado di saper riconoscere e gestire le proprie emozioni (intelligenza emotiva) affinché riesca a mantenere il controllo e ad evitare reazioni impulsive o distaccate. Deve altresì essere resiliente (ovvero deve riuscire ad affrontare le difficoltà e adattarsi al cambiamento), riuscire a gestire lo stress (affinché venga mantenuta lucidità e prontezza decisionale), avere leadership e capacità decisionale (molto importante nelle emergenze/urgenze cliniche e nella formazione degli studenti). In particolare, il pensiero critico e il problem solving sono ritenute, dopo la comunicazione, delle super skills poiché permettono di affrontare situazioni impreviste e prendere decisioni basate su dati clinici, valutare le opzioni disponibili e scegliere la migliore strategia di intervento. In ultimo, l'infermiere deve possedere un forte senso di responsabilità ed integrità morale. La riservatezza, il rispetto della privacy e della dignità del paziente e la capacità di prendere decisioni etiche sono aspetti fondamentali che definiscono la qualità delle cure prestate.

Le competenze trasversali si integrano con quelle tecniche, dando un maggior valore alla persona e una maggior capacità di adattarsi alle situazioni e alle sfide professionali e quotidiane. Dalla letteratura si evince che queste competenze ricevono una scarsa attenzione nei percorsi educativi tradizionali, volti prevalentemente alla trasmissione di contenuti teorici e tecnici.

Le soft skills non sono misurabili rispetto alle abilità tecniche, per cui il loro insegnamento può essere percepito come una sfida e richiederebbe l'adozione di strategie di apprendimento innovative.

Le principali strategie educative sono: apprendimento basato sulle simulazioni, implementazioni di programmi educativi esperienziali (campi estivi, programmi sull'intelligenza emotiva) e strategie didattiche innovative (escape room, discussioni guidate e action learning). In particolare, il Problem-Based Learning (PBL), ba-

sato sul metodo del problem solving, permette di stimolare il pensiero critico, migliorare la comprensione della ricerca infermieristica e favorisce l'apprendimento autodiretto e permanente: gli studenti attivano le loro conoscenze pregresse, identificano le lacune del loro apprendimento e vengono spinti a cercare nuove informazioni. In questo modo c'è una responsabilizzazione e un miglioramento della capacità di applicare i concetti alle situazioni reali, spostando l'attenzione dalla semplice valutazione alla comprensione più ampia della pratica infermieristica. Altre metodologie didattiche innovative potrebbero essere il "cooperative learning", dove gli studenti lavorano in gruppi creando un'interdipendenza positiva, e la "flipped classroom", o capovolgimento della classe, dove lo studente impara a casa e utilizza il tempo in aula per dedicarlo ad approfondimenti, domande o discussioni.

In un periodo storico come il nostro, in una continua corsa all'eccellenza, dove la velocità fa da padrona e dove non ci si ferma a riflettere su quanto le nostre azioni influiscano sugli altri, è di fondamentale importanza formare la futura generazione di Infermieri e di Professionisti Sanitari, favorendo lo sviluppo non solo di competenze tecniche e teoriche ma soprattutto di competenze trasversali affinché affrontino con maggior benessere e consapevolezza emotiva il lavoro, le sfide professionali e, in generale, le loro esperienze di vita.

Bibliografia

- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002 Jan 9; 287(2):226-35
- Ciappei C, Cinque M. *Soft skills per il governo dell'agire*, Milano, Franco Angeli (2014)
- Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. *Med Educ*. 2012 ;46(11):1042-54
- Ernawati, Bratajaya CNA. Senior nurses' perceptions of essential soft skills for novice nurses in a private hospital in Jakarta, Indonesia: A phenomenological study. *Belitung Nurs J*. 2021 Aug 27;7(4):320-328
- Sancho-Cantus D, Cubero-Plazas L, BotellaNavas M, Castellano-Rioja E, CañabateRos M. Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 10;20(6):4901.
- Widad A, Abdellah G. Strategies Used to Teach Soft Skills in Undergraduate Nursing Education: A Scoping Review. *J Prof Nurs*. 2022 Sep-Oct;42:209-218.
- Compton RM, Owilli AO, Norlin EE, Hubbard Murdoch NL. Does problem-based learning in Nursing Education Empower Learning? *Nurse Educ Pract*. 2020 Mar;44:102752.
- Dong Y, Yin H, Du S, Wang A. The effects of flipped classroom characterized by situational and collaborative learning in a community nursing course: A quasi-experimental design. *Nurse Educ Today*. 2021 Oct;105:105037.

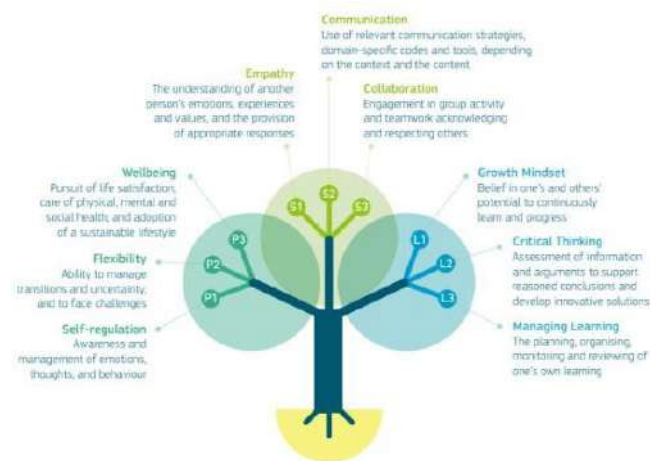
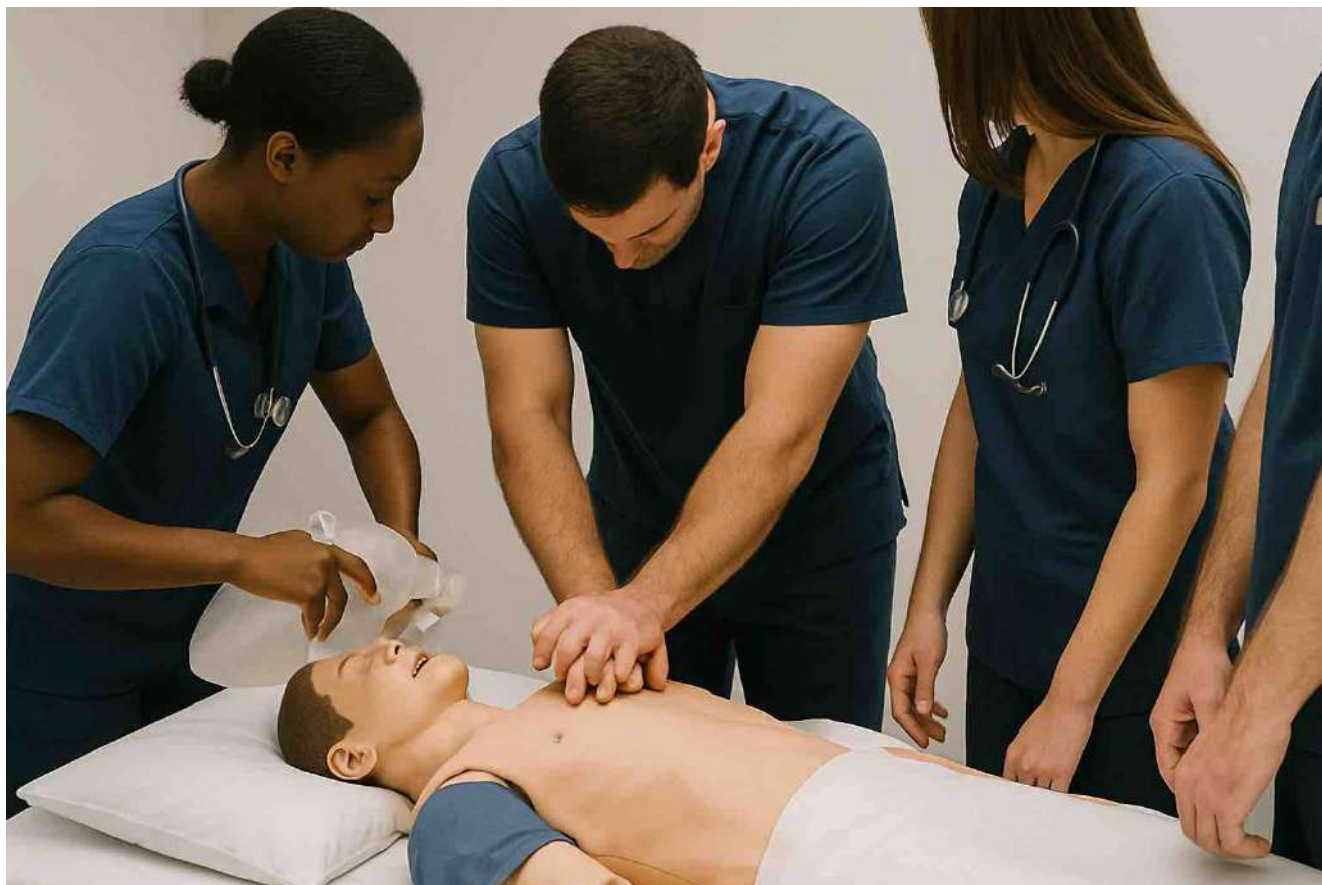


Figura 1. Modello Europeo Life Comp
(<https://www.inapp.gov.it/wpcontent/uploads/Non-organizzati/Background-paper-LIFE-comp-FINALE.pdf>)

La formazione e le sue forme: un pilastro fondamentale per la professione infermieristica

Carola Capristo, U.O Urologia , IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia



La formazione è il cuore della professione infermieristica. Non è solo il primo passo nel nostro percorso, ma un impegno che ci accompagna per tutta la carriera, evolvendo insieme a noi. L'infermieristica è una professione in continua trasformazione: le conoscenze scientifiche si aggiornano, le tecnologie avanzano e le modalità assistenziali cambiano. Per questo, la formazione non può essere vista solo come un obbligo formale, ma come uno strumento essenziale per garantire un'assistenza di qualità. Oltre all'aggiornamento personale, noi infermieri abbiamo un altro importante compito formativo: seguire gli studenti in tirocinio. Accoglierli in reparto significa non solo trasmettere loro competenze tecniche, ma anche aiutarli a sviluppare senso critico, sicurezza e capacità di gestire il paziente nella sua complessità. È un ruolo impegnativo, che richiede pazienza, empatia e dedizione, ma che porta anche grandi soddisfazioni, perché permette di con-

tribuire alla crescita di futuri colleghi e al miglioramento della nostra professione. In questo articolo esploreremo le diverse forme di formazione infermieristica e condividerò un'esperienza personale, da tirocinante, vissuta in chirurgia generale, che mi ha fatto comprendere quanto la preparazione teorica e pratica siano fondamentali.

La formazione di base: il primo contatto con la professione

Il percorso formativo inizia con la laurea in scienze Infermieristiche, un triennio impegnativo che combina teoria e pratica clinica. Il tirocinio rappresenta una delle esperienze più significative, permettendo agli studenti di sperimentare sul campo ciò che hanno appreso sui libri. A tal proposito, volevo raccontare un'esperienza che ho vissuto durante il mio tirocinio in chirurgia generale al 2° anno. È stato uno dei momenti che più ha segnato il mio percorso formativo; il reparto era un ambiente dinamico,



caratterizzato da un ritmo intenso e da una stretta collaborazione tra infermieri, medici e operatori socio sanitari. Ogni giorno affrontavamo situazioni che richiedevano attenzione, competenza e rapidità di azione. Un episodio in particolare mi ha fatto comprendere l'importanza della formazione e della capacità di osservazione; un paziente, operato per una resezione intestinale, mostrava un decorso post-operatorio apparentemente regolare. Tuttavia, mentre controllavo il drenaggio addominale, mi accorsi che il liquido raccolto aveva assunto un colore ematico più intenso e il suo volume era aumentato rispetto al turno precedente. Anche se il paziente non mostrava ancora segni evidenti di peggioramento, ricordando le lezioni di chirurgia e i consigli ricevuti dall'assistente di tirocinio, segnalai immediatamente la situazione. Dopo un rapido consulto, il medico di guardia confermò il sospetto di un'emorragia interna e il paziente fu sottoposto a un intervento tempestivo che evitò gravi complicanze. Quell'esperienza mi ha insegnato che la formazione non è solo teoria, ma anche capacità di applicare le conoscenze, sviluppare un occhio critico e collaborare con il team per garantire la sicurezza del paziente. La formazione specialistica: il passo successivo. Dopo la laurea, molti infermieri scelgono di approfondire le proprie competenze attraverso percorsi formativi avanzati, come: Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Master di primo e secondo livello; Dottorato di ricerca.

L'apprendimento non si ferma con la laurea o con un master. La formazione continua è un obbligo professionale e deontologico, fondamentale per mantenere standard assistenziali elevati e ridurre il rischio di errori. Il Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) stabilisce che ogni infermiere deve accumulare 150 crediti formativi ogni triennio. Le opportunità per aggiornarsi

sono molteplici: Corsi di aggiornamento e workshop su nuove procedure e tecnologie; Formazione sul campo, tramite affiancamenti e simulazioni; E-learning e webinar, che permettono di conciliare lo studio con il lavoro; Partecipazione a congressi e pubblicazioni scientifiche, per confrontarsi con la comunità infermieristica e medica.

Seguire gli studenti infermieri: una sfida difficile ma gratificante

Oltre alla formazione personale, noi infermieri abbiamo un ruolo fondamentale nella crescita dei futuri colleghi. Accogliere uno studente in reparto significa aiutarlo a tradurre la teoria in pratica, ad acquisire sicurezza e a sviluppare una visione globale del paziente. Essere tutor clinici non è facile: significa dover gestire il proprio lavoro quotidiano mentre si dedica tempo ed energia a spiegare procedure, correggere errori e trasmettere l'importanza dell'osservazione e del ragionamento clinico. Non tutti gli studenti hanno la stessa preparazione o lo stesso approccio all'apprendimento, e spesso dobbiamo adattare il nostro metodo per aiutarli al meglio. Ma se da un lato è impegnativo, dall'altro è incredibilmente gratificante. Vedere uno studente che all'inizio è insicuro diventare sempre più autonomo, notare il suo entusiasmo nel mettere in pratica ciò che ha studiato e sapere di aver contribuito alla sua crescita è una soddisfazione immensa. E a volte, sono proprio gli studenti a farci riscoprire l'entusiasmo per il nostro lavoro, con le loro domande, la loro curiosità e la loro voglia di imparare.

Conclusione

La formazione infermieristica assume molteplici forme e ci accompagna per tutta la vita professionale. Non è solo un requisito normativo, ma una responsabilità etica nei confronti dei pazienti e una straordinaria opportunità di crescita personale e professionale. L'esperienza vissuta in chirurgia generale mi ha insegnato che essere infermieri significa molto più che eseguire procedure tecniche: significa osservare, analizzare e intervenire con consapevolezza e sicurezza. Ma soprattutto, ho capito che trasmettere queste competenze ai futuri infermieri è un compito difficile, ma fondamentale per garantire il futuro della nostra professione. Investire nella formazione non è solo un modo per migliorare noi stessi, ma anche per costruire una comunità infermieristica più forte, più preparata e sempre più orientata alla sicurezza del paziente. Perché ogni studente che formiamo oggi sarà il collega con cui lavoreremo domani.

L'Arte della Cura: Formazione e Sperimentazione nelle Botteghe d'Arte di Niguarda

Sara Bonetti, *Storica dell'arte*

Una rosa blu, petali di carta minuziosamente piegati e intrecciati su uno stelo di cartoncino verde: questa è stata l'accoglienza che una studentessa del terzo anno ha riservato per me durante la prima lezione del corso di formazione per arteterapeuti presso la Scuola di Arteterapie M.B.A. Modello Botteghe d'Arte situata nell'ex manicomio "Paolo Pini". Avevo scoperto questo luogo solo un paio di mesi prima. Come storica dell'arte, sono solita gironzolare ogni angolo di Milano alla ricerca di musei e centri culturali e così mi sono imbattuta nel MAPP: Museo d'Arte Paolo Pini, un museo d'arte contemporanea nato nel 1993 ideato da Enza Baccei e Teresa Melorio (fondatrici dell'associazione ARCA Onlus) e realizzato con la collaborazione del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ospedale Niguarda e altre istituzioni d'arte milanesi. Il museo *en plein air* si dirama per tutti i padiglioni dell'ex manicomio, uno di questi è il Centro Diurno della Psichiatria 2 del Dipartimento di Salute Mentale nella quale hanno sede le Botteghe d'Arte e la stessa scuola di Arteterapia. Quel che ho scoperto, però, è stato molto più di ciò che mi aspettavo, le stesse mura che, non molto tempo addietro, erano state gabbia di torture, solitudine, impotenza, ora mi si presentavano come scrigno prezioso di una libertà ritrovata, un luogo di cura e accoglienza oltre ogni pregiudizio.

Con un fiore donato è iniziata dunque la mia avventura in questa scuola. Qui ho scoperto un mondo dove l'arte figurativa, la musica, il teatro, la poesia incontrano una vera équipe di educatori, psicologi e medici e dal quale nasce questa pratica rivoluzionaria che è l'arte terapia. Il background richiesto per iscriversi non è necessariamente sanitario, infatti, tra i miei nuovi "compagni di banco" si annoverano artisti, educatori, medici, storici dell'arte; anche l'età non è un problema, il denominatore comune è lo stesso per tutti: la convinzione che l'arte può curare.

La formazione proposta consiste nell'acquisizione degli strumenti teorici, metodologici e pratici per l'impiego delle tecniche espressive artistiche quale modalità di intervento utile nella cura e nel recupero delle risorse individuali nelle aree pedagogica, ludica, educativa, socio-assistenziale, del disagio psichico, fisico e psicosociale. Tali

strumenti permetteranno ai diplomati di progettare ed attuare, all'interno di équipe multidisciplinari, interventi arteterapeutici relativi a progetti di cura integrati, sia in ambito preventivo che riabilitativo.

Infatti, la formazione si divide in lezioni teoriche che affrontano dalle basi della pedagogia e psicologia generale alle neuroscienze e psicopatologie, accompagnate sempre da lezioni pratiche laboratoriali dove sperimentiamo sulla nostra pelle il lavoro che gli arteterapeuti quotidianamente svolgono, workshop con artisti e tirocinio inizialmente proposto nelle stesse botteghe per osservarne e conoscerne al meglio il metodo.

Alla base della formazione vi è il lavoro di gruppo, poiché la relazione è alla base di ogni intervento educativo e curativo e per questo la scuola insiste con perseveranza nella condivisione con i componenti del gruppo e il suo consolidamento.

La relazione nel gruppo accresce grazie a esperienze condivise, diventando contenitore trasformativo dei suoi componenti che personalmente e collettivamente mutano ad ogni incontro. Infatti, alla fine di ogni tipo di attività affrontiamo insieme un momento di restituzione esprimendo fatiche, intuizioni, riflessioni e domande in piena libertà, fondamentali per arricchire il nostro bagaglio esperienziale e un domani affrontare con fluidità e coraggio la difficile arte di condurre laboratori arte terapeutici.

L'arte terapia è intesa quindi come possibilità di un processo riabilitativo potenzialmente adatta a chiunque ed il successo riabilitativo sta nel dare la possibilità all'utente di riavvicinarsi al proprio essere uomo, di riscoprire di essere in grado di trasformare un'intuizione in un pensiero cogliendo il senso e il significato dell'opera che ha prodotto, scoprendosi capace di coltivare una relazione affettiva oltre che collaborativa ed infine vivendo un cambiamento strutturale della sua persona. "Vivendo in modo creativo ci si rende conto del fatto che ogni cosa che facciamo aumenta il senso di essere vivi, di essere noi stessi, insostituibili e unici." (Donald W. Winnicott)

Lo scopo del lavoro arteterapeutico è dunque di promuovere un potenziamento delle capacità di simbolizzazione del paziente, grazie al setting predisposto e alla mediazione dell'arteterapeuta, consentendo al paziente di sperimentare esperienze ricche di stimoli sensoriali e

corporei, per riavvicinarsi alle esperienze infantili e preverbal, permettendo dunque, la sperimentazione e integrazione del proprio sé, dando voce ai propri bisogni.

La scelta di definire questo spazio “botteghe” risale all'idea della dottoressa Enza Baccei, che si rifà al concetto greco di *apoteke*, ovvero deposito di materiali, strumenti, idee e progetti. La bottega diventa spazio di accoglienza per la creazione di una relazione nuova ma costante nel tempo, dove la specificità dell'intervento artistico sta nello scambio, nel gioco, ma soprattutto nel prodotto che permette il riconoscimento di sé del proprio valore.

“L'arte non è solo sregolatezza, ma anche disciplina nella libertà, controllo nella potenza, razionalità nella fantasia, capacità di resistere al dolore. La scommessa dell'arte terapia è duplice, da un lato ridare voce ed umanità, dall'altro confrontarsi con il bello, con la dimensione estetica in un'utopia di riscatto e di trasformazione.” (V. Selini - Artista, Arteterapista, Docente Scuola MBA) La Cooperativa Arti E Pensieri nata nel 2012, grazie al contributo professionale dei suoi soci e di altri esperti e in collaborazione con l'Associazione ARCA Onlus, gesti-

sce da anni la Scuola di Artiterapie M.B.A. Modello Botteghe d'Arte, istituita all'interno della struttura dell'azienda ospedaliera ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, al fine di formare figure professionali qualificate nel campo delle artiterapie.

L'Associazione ARCA Onlus oltre ad occuparsi della gestione e realizzazione del progetto MAPP Museo d'Arte Paolo Pini e delle Botteghe d'Arte, con l'obiettivo di trasformare l'ex Ospedale Psichiatrico Paolo Pini in un luogo di arte e cultura, mira a superare lo stigma associato alla malattia mentale, promuovendo iniziative artistiche di alto livello come mostre, concerti e spettacoli, e favorendo la convivenza civile e la comprensione verso le persone con disagio psichico. L'associazione punta a creare uno spazio dove l'arte contemporanea possa essere valorizzata come strumento di miglioramento della qualità della vita, coinvolgendo anche gli ospiti dell'ex ospedale e gli utenti psichiatrici e veri e propri artisti anche di fama internazionale. Infine, l'associazione sostiene la ricerca sull'arte come strumento di riabilitazione psicosociale, raccogliendo esperienze nazionali e internazionali.



@Associazione Arca Onlus



@Arti E Pensieri Cooperativa Sociale Onlus

La violenza verso il personale sanitario nei Pronto Soccorso italiani: il personale sanitario è preparato ad affrontare al meglio queste situazioni?

Bardella Alessandro, Cusumano Elisabetta

Infermieri U.O. Pronto Soccorso IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Il problema delle aggressioni contro il personale medico, infermieristico e di supporto ha assunto un'importanza crescente nel dibattito pubblico, con dati raccolti che destano seria preoccupazione.

A tal proposito, il Ministero della Salute ha lanciato una campagna contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari. Lo slogan, "Ti ha salvato. Ti salverà ancora. Rispetta chi si prende cura di te e dei tuoi cari", intende mettere in evidenza il ruolo fondamentale del personale sanitario, ricordando che, almeno una volta nella vita, di ciascuno di noi – o qualcuno vicino a noi – ha ricevuto cure e assistenza da un operatore sanitario [1].

Analizzando i dati emersi dal convegno UGL Salute ON-SIP "Violenza sugli operatori sanitari. Un bollettino di guerra" emerge un dato inquietante: Regione Lombardia si colloca al primo posto, con un incremento del 25% degli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario nell'anno 2024. Seguono la Campania (22%) e la Puglia (20%). Nello specifico, solo nell'anno 2024, in Lombardia sono stati segnalati ben 4.386 episodi di aggressione nei confronti del personale sanitario, di cui il 30,9% ha avuto luogo nei Pronto Soccorso, con un aumento rispetto al 2022, quando la percentuale era del 25,4%. Durante il convegno, le conclusioni sono state affidate al Segretario Generale dell'UGL, Francesco Paolo Capone, che ha dichiarato: "Occorre interrogarsi sul perché sempre più frequentemente vengano colpite categorie che operano a beneficio della collettività. Gli ospedali, in particolare i Pronto Soccorso, ma in generale tutte le strutture sanitarie, sono purtroppo diventati il teatro di violenze da parte degli stessi pazienti e dei loro familiari. Si tratta di un bollettino di guerra che deve essere assolutamente arginato. È necessario coinvolgere attivamente anche i dirigenti delle strutture ospedaliere in una battaglia che garantisca ai lavoratori la massima sicurezza personale" [2].

Le cause scatenanti di queste escalation di violenza sono molteplici e molto complesse, ma, alla base, senza dubbio, ci sono: il sovraffollamento dei Pronto Soccorso a causa di un utilizzo improprio da parte dell'utenza; le liste d'attesa interminabili per prestazioni ambulatoriali non urgenti; la carenza di personale, sia medico che infermieristico, divenuta ormai cronica; la scarsa assistenza territoriale che

risulta insufficiente e quindi non in grado di fronteggiare le necessità sanitarie dell'utenza. Ne consegue che la frustrazione dei cittadini, esasperati dai ritardi e dalla difficoltà di accesso ai servizi, si riversa spesso in atti di violenza contro gli operatori sanitari, che vivono ormai quotidianamente situazioni di pericolo e insicurezza.

In occasione della Giornata nazionale contro la violenza sugli operatori sanitari, il 12 Marzo, Regione Lombardia ha annunciato le misure che ha deciso di mettere in campo per sostenere e rinforzare il sistema di tutela della categoria. Al fine di prevenire le aggressioni sono state distribuite circa 400 bodycam per gli operatori dei mezzi di soccorso sanitari, a cominciare da AREU, con l'intento di continuare a distribuirne su tutto il territorio; nel corso dell'ultimo anno, inoltre, è stata completata l'installazione di pulsanti antiaggressione in alcuni Pronto Soccorso della Regione che ha permesso l'intervento repentino delle Forze dell'Ordine in 424 episodi di violenza [3]. A partire da gennaio 2025, anche ASST Pavia ha avviato una sperimentazione presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile di Vigevano, introducendo smartwatch antiaggressione che consentono un collegamento diretto e immediato con la centrale operativa e le Forze dell'Ordine [3].

Oltre a queste soluzioni applicate da Regione Lombardia e dalle Istituzioni, la domanda che ci si dovrebbe porre è: *il personale sanitario, in particolare quello impegnato nei Pronto Soccorso, è adeguatamente preparato, sia teoricamente che praticamente per fronteggiare episodi di violenza?* È fondamentale sottolineare quanto le aggressioni, siano esse verbali o fisiche, abbiano un impatto significativo sugli operatori sanitari, compromettendone la serenità e la capacità di svolgere il proprio lavoro in modo efficace. Ogni professionista ha il diritto di operare in un ambiente sicuro, sereno e supportato da una formazione adeguata, che lo metta in condizione di affrontare anche situazioni di alta tensione. Alcune strutture sanitarie offrono percorsi formativi finalizzati alla gestione di episodi di agitazione e violenza, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza e la preparazione emotiva dei professionisti davanti a possibili escalation. Tuttavia, tali percorsi si concentrano prevalentemente sugli aspetti psicologici degli eventi avversi, offrendo strumenti teorici e suggerimenti pratici per la gestione delle proprie reazioni emotive in presenza di

soggetti aggressivi. Questa modalità formativa, pur utile, si rivela spesso insufficiente: per essere davvero efficace, la formazione dovrebbe includere anche attività pratiche, come simulazioni basate su casi reali, che consentano agli operatori di acquisire competenze concrete ed esperienza diretta nella gestione delle aggressioni.”

In conclusione, è fondamentale: Impegnarsi nella formazione degli operatori sanitari per garantire gli strumenti al fine di gestire le escalation di aggressione ed affrontare le situazioni critiche; prevedere sportelli di supporto psicologico post-aggressione riducendo così il rischio, per gli operatori sanitari, di Burnout; formare gli operatori sanitari ad una comunicazione chiara ed empatica, al fine di ridurre i conflitti con utenti e familiari; posizionare telecamere per permettere agli operatori di sentirsi al sicuro; prevedere la presenza di Forze dell’Ordine h 24 nei Pronto Soccorso; sensibilizzare la cittadinanza riguardo all’uso improprio del Pronto soccorso e delle possibili conseguenze.

Diventa quindi indispensabile, oltre all’adozione di nuovi protocolli e procedure da parte delle istituzioni, investire prioritariamente nella formazione del personale sanitario. È necessario potenziare non solo i corsi teorici, ma soprattutto quelli specifici sulla gestione delle aggressioni, attraverso simulazioni basate su casi reali. Tali percorsi dovrebbero coinvolgere esperti in difesa personale, gestione della rabbia, regolazione emotiva e comunicazione efficace con l’utenza, al fine di fornire agli operatori strumenti concreti per affrontare situazioni critiche con maggiore consapevolezza e sicurezza.

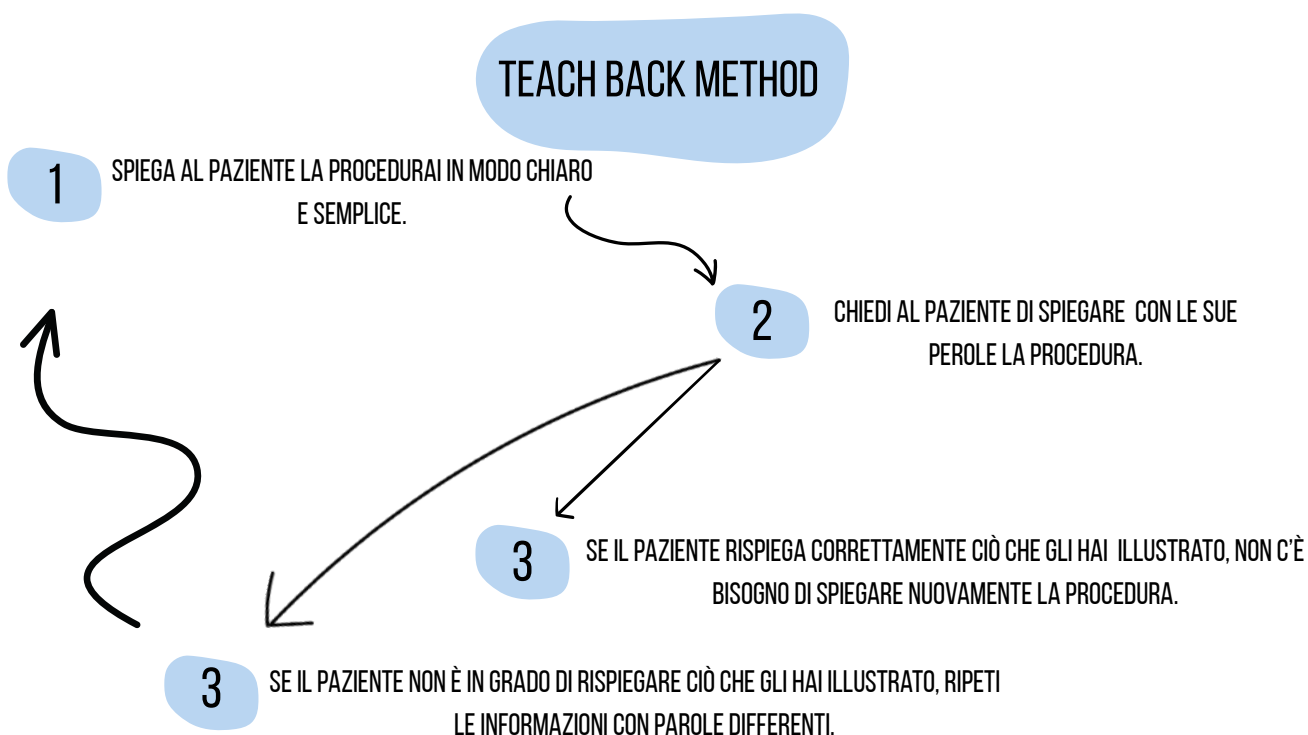
Bibliografia

1. Sito Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it>)
2. Lombardia Quotidiano (<https://www.lombardiquotidiano.com>)
3. Lombardia Notizie Online (<https://www.lombardianotizie.online>)

Teach-Back: Comunicare per Curare

Sciandrone Gaetano Giuseppe e Ferretti Michela

U.O Pneumologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia



Il linguaggio specialistico spesso rischia di diventare un vero problema, in quanto in alcuni momenti, come nel caso delle dimissioni ospedaliere o nella redazione di un piano assistenziale e di cura, la mancata comprensione o la parziale comprensione può generare problematiche che possono compromettere gli esiti di salute degli assistiti. I metodi di comunicazione tradizionali e unidirezionali possono generare un'incompleta o del tutto assente comprensione da parte del paziente.

Il metodo teach-back nasce in relazione all'esigenza di promuovere la partecipazione attiva del paziente nel processo di cura. Questa tecnica, consiste nello spiegare e descrivere le informazioni sanitarie ai pazienti e nel chiedere loro di esprimere la comprensione con parole proprie. Questa comunicazione bidirezionale conferma la comprensione, affronta le lacune di conoscenza e assicura che i pazienti interiorizzino informazioni cruciali sulla loro salute, sui piani di trattamento e sulle strategie di autogestione. Affronta inoltre, la problematica coinvolgendo attivamente i pazienti nel processo di apprendimento, chiedendo ai pazienti di ripetere le informazioni, identi-

ficando e correggendo le incomprensioni, per rafforzare i concetti chiave e adattare le spiegazioni agli stili di apprendimento individuali. Questo approccio personalizzato non solo può migliorare la comprensione, ma favorire anche il senso di appartenenza e di responsabilità, portando a una maggiore aderenza ai piani di trattamento e a migliori risultati di salute. Tenendo conto dei livelli di alfabetizzazione individuali, dei contesti culturali e delle barriere linguistiche, garantisce che tutti i pazienti abbiano lo stesso accesso alle informazioni sanitarie. L'adattabilità del metodo può consentire di personalizzare le strategie di comunicazione, rendendo accessibili e comprensibili concetti medici spesso molto complessi. Questo approccio inclusivo consente inoltre ai pazienti di ogni provenienza di partecipare attivamente alle loro cure e di prendere decisioni informate sulla loro salute, consente inoltre ai pazienti di ogni provenienza di partecipare attivamente alle loro cure e di prendere decisioni informate sulla loro salute. L'efficacia del metodo teach-back è stata dimostrata in un'ampia gamma di specialità sanitarie. In cardiologia, alcuni studi hanno dimostrato che la combinazione dell'e-

ducazione multimediale con il metodo teach-back migliora significativamente la qualità della vita e riduce l'ansia cardiaca nei pazienti con insufficienza cardiaca (1) so it is important to find a suitable educational method for these patients. Therefore, the present study was an attempt to determine the effect of multimedia education using teach-back method on the life quality and cardiac anxiety in patients with heart failure.

Methods: The present study was a randomized clinical trial. 120 patients with heart failure class I to III and aged less than 60 years old were selected using sequential sampling; then, they were assigned randomly into two intervention groups and one control group. Group A (multimedia education. Nella salute delle donne, la ricerca indica che la formazione teach-back migliora i comportamenti preventivi contro le malattie sessualmente trasmissibili (2), dimostrando l'efficacia del metodo nel mettere le pazienti in condizione di adottare pratiche più sane e di prendere decisioni informate sulla loro salute sessuale. Inoltre, si è dimostrato utile per migliorare il successo dell'allattamento al seno e l'autoefficacia delle neomamme (3). In ambito chirurgico, è stato dimostrato che riduce l'ansia preoperatoria e migliora la cooperazione chirurgica nei pazienti anziani sottoposti a chirurgia oftalmologica ambulatoriale (4). Per ciò che concerne la funzionalità respiratoria, uno studio inoltre ha dimostrato attraverso l'applicazione del teach-back specificatamente strutturato sulla respirazione diaframmatica, sulla respirazione a labbra chiuse e sulla tosse efficace, una riduzione della dispnea valutata attraverso la scala di Borg a distanza di tre mesi dall'intervento e una riduzione della sintomatologia correlata alla BPCO (5). Sebbene il metodo teach-back offra numerosi vantaggi, la sua applicazione su larga scala richiede di affrontare alcune sfide tra cui la necessità di una formazione adeguata per gli operatori sanitari e strategie efficienti di gestione del tempo, lo sviluppo di protocolli e strumenti di valutazione standardizzati per migliorare la coerenza e facilitare la valutazione dell'efficacia del metodo e infine di strategie di implementazione del teach-back, sull'esplorazione del suo impatto a lungo termine sugli esiti dei pazienti e sull'identificazione dei fattori che ne influenzano il successo in diverse popolazioni di pazienti e contesti sanitari. Il metodo teach-back è un approccio trasformativo all'educazione sanitaria che responsabilizza i pazienti, migliora

la comprensione e aumenta l'aderenza ai piani di trattamento. La sua adattabilità e l'efficacia è dimostrata in diverse specialità, può per questo motivo risultare uno strumento prezioso per promuovere un'assistenza centrata sul paziente e migliorare i risultati sanitari.

Una tecnica semplice ma potente, può garantire agli operatori sanitari l'instaurare di relazioni più forti tra pazienti, ridurre le disparità sanitarie e creare un sistema sanitario più equo ed efficace.

Bibliografia essenziale:

1. Mohammadi F, Jahromi MS, Bijani M, Karimi S, Dehghan A. Investigating the effect of multimedia education in combination with teach-back method on quality of life and cardiac anxiety in patients with heart failure: a randomized clinical trial. *BMC Cardiovasc Disord.* dicembre 2021;21(1):535.
2. Kılavuz M, Yiğit F. The effect of teach-back method training on the prevention behaviors of reproductive age women against sexually transmitted diseases. *Sci Rep.* 11 ottobre 2024;14(1):23813.
3. Çetindemir EO, Cangöl E. The effect of breastfeeding education given through the teach-back method on mothers' breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a randomized controlled study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 29 giugno 2024;24(1):453.
4. Shen D, Huang W, Wei S, Zhu Y, Shi B. The impact of Teach-back method on preoperative anxiety and surgical cooperation in elderly patients undergoing outpatient ophthalmology surgery: A randomized clinical trial. *Medicine.* 22 febbraio 2023;102(8):e32931.
5. Hasanpour Dehkordi A, Ebrahimi-Dehkordi S, Banitalebi-Dehkordi F, Salehi Tali S, Kheiri S, Soleimani Babadi A. The effect of teach-back training intervention of breathing exercise on the level of dyspnea, six-minutes walking test and FEV1/FVC ratio in patients with chronic obstructive pulmonary disease; a randomized controlled trial. *Expert Review of Respiratory Medicine.* 2 gennaio 2021;15(1):161–9.

Cosa mi aspetto dall'infermiere: pensieri schizofrenici o umanità?

Massimiliano Barioglio, un cittadino, un paziente.



Presentazione: Massimiliano è un uomo di 44 anni di Piacenza affetto da schizofrenia paranoide. Lo abbiamo conosciuto perché ha scritto due libri che la nostra associazione (AINS ODV) ha presentato a San Martino Siccomario. È nata un'amicizia e una collaborazione che ci sta portando ad incontrare gli studenti delle scuole superiori della provincia di Pavia. Noi di AINS ODV a scuola agli studenti raccontiamo la bellezza della professione infermieristica e quando viene con noi Massimiliano racconta la sua storia che è poi ciò che noi Infermieri incontriamo nel nostro quotidiano. Con lui stiamo facendo un percorso di conoscenza della sua patologia e del suo quotidiano che fa bene a lui e soprattutto a noi Infermieri.

Ruggero Rizzini

Sono Massimiliano Barioglio e all'età di 16 anni ho iniziato a sviluppare i primi sintomi della schizofrenia paranoide. Siccome in tutti questi anni ho avuto numerosi ricoveri vorrei descrivere in questo articolo che cosa mi aspetto dalla figura sanitaria dell'infermiere.

A differenza del medico, che vede noi pazienti al mattino per una breve visita, sono gli infermieri a viverne la quotidianità e hanno quindi un ruolo completamente diverso.

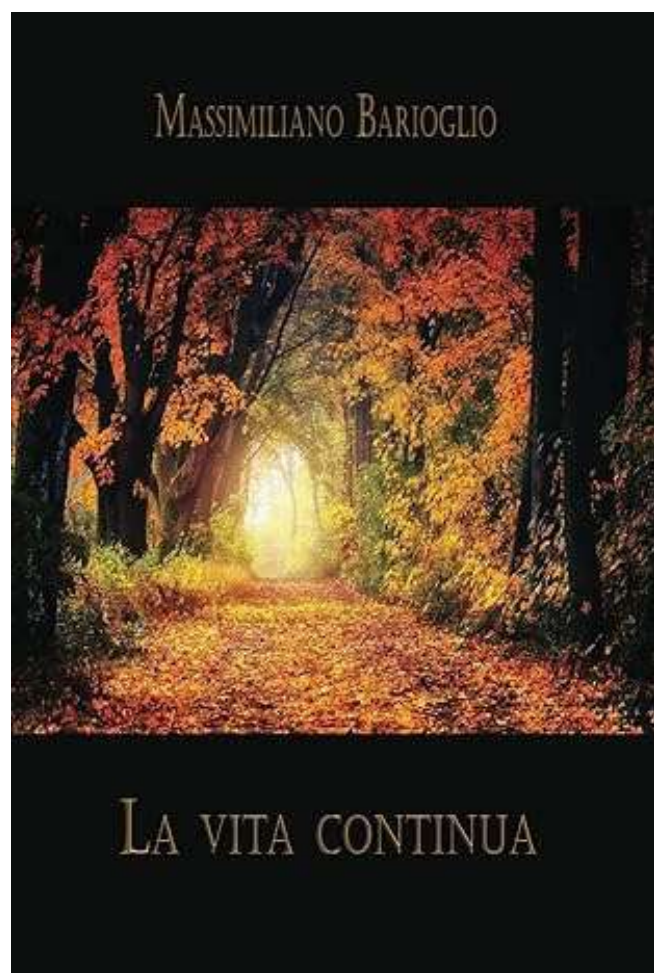
Da loro mi aspetto innanzitutto gentilezza. Dietro

la gentilezza si nasconde sempre il rispetto. Questo modo di approcciarsi permette una relazione più autentica ed empatica. Inoltre, essere trattati con gentilezza permette a noi pazienti di avere fiducia nell'infermiere. Quando si vive l'esperienza del ricovero, di solito, si è estremamente fragili. Sapere che dall'altra parte c'è una figura professionale che fa il suo mestiere come una vocazione e non solo per soldi, permette di affidare la propria vita nelle loro mani. In quei momenti di sconforto, nei quali perdi molti punti di riferimento, l'infermiere diventa una persona capace di dare speranza. Quindi un altro aspetto che vorrei sottolineare è quello della motivazione che spinge una persona a percorrere questa professione. Noi pazienti, anche a causa della malattia, sviluppiamo molto spesso una sensibilità ed un'empatia che ci



permettono di capire da subito se chi si ha di fronte fa quel mestiere solo per soldi o come una missione, cioè, aiutare le persone più in difficoltà a stare meglio e raggiungere un determinato benessere.

Vorrei sottolineare anche un altro aspetto che, purtroppo, ho riscontrato durante le mie degenze in ospedale. Molti infermieri, non tutti per fortuna, si rivolgono ai malati mentali come se fossero degli stupidi! Come se fossero dei bambini che non capiscono le situazioni. Questo è svilente perché sminuisce la dignità di una persona. A me piacerebbe che gli infermieri si rivolgessero a noi come delle persone innanzitutto con dignità. La malattia è solo una parte di noi ma c'è anche molto altro. Ci sono veramente tante altre risorse che i malati mentali possono offrire alla società tutta. Sminuirli in quel modo mi sembra qualcosa di anacronistico! Quindi, lo stigma, l'ho riscontrato molto fortemente anche nelle strutture psichiatriche a causa della poca professionalità da parte degli operatori.



Il messaggio finale che vorrei trasmettere con queste poche righe è che nessuno si salva da solo. Il buon funzionamento di un'equipe medica, formata da tante professioni diverse, serve al benessere del singolo. Queste patologie sono molto complesse e, dopo tanti anni di sofferenza, adesso posso dire di stare bene e aver raggiunto un buon grado di consapevolezza. Posso dire che grazie all'incontro con infermieri professionali e che hanno a cuore il loro lavoro, ho fatto passi da gigante nella direzione della recovery. Queste figure professionali mi hanno dato molta fiducia e non mi fatto sentire uno scarto umano. A volte basta anche solo un sorriso al mattino. Un complimento sincero.

Quindi la Sanità Pubblica va difesa, proprio per permettere a quest'equipe di poter svolgere il suo lavoro nel migliore dei modi. La politica deve fare in modo che i giovani siano invogliati a fare l'infermiere dando a questa professione il giusto valore che merita. Da paziente, posso affermare senza esagerare, che valorizzando questa figura si migliora anche la società. Soprattutto in questo periodo di forte disagio psichico che colpisce anche i giovani o giovanissimi. Vi lascio con questa domanda: "se un vostro caro fosse ricoverato in una struttura psichiatrica, vorreste che accanto a lui ci fossero infermieri che lo accudiscano con amore e gentilezza o che venisse trattato come un imbecille?". La risposta a questa domanda fa capire l'importanza della professione infermieristica.

Un altro consiglio, non richiesto, dato il tema molto complesso della salute mentale è la formazione degli infermieri che deve, secondo me, rispettare le esigenze dei singoli pazienti. Negli ospedali, è ovvio, ci sono delle regole ma ogni paziente ha esigenze diverse che a volte vengono calpestate. Deve essere una formazione che tiene conto degli aspetti tecnici, della malattia ma soprattutto del contesto sociale e culturale della persona che si assiste, che ha bisogno. Faccio un esempio: in ospedale, giustamente, non si può fumare ma se a un degente questa cosa crea uno stress non gestibile bisogna valutare insieme delle alternative. Bisogna domandarsi se le esigenze delle persone devono adeguarsi alle regole ospedaliere o se, invece, siano le regole degli ospedali a essere adeguate a quelle dei pazienti.

Massimiliano Barioglio, un cittadino, un paziente.

La formazione infermieristica nel tempo: riflessi dal passato, sfide del presente

Monica Lorenzoni, Rita Montagna

Uno sguardo alla storia della formazione infermieristica

La formazione infermieristica in Italia ha attraversato un lungo processo di trasformazione, rispecchiando l'evoluzione della professione. Il primo passo formale verso una strutturazione del percorso formativo risale al 1925, con la nascita delle prime scuole convitto per infermiere, della durata di due anni. Si trattava di una formazione orientata alla dimensione pratica, all'interno di un modello assistenziale in cui l'infermiere era principalmente visto come un supporto al medico.

Un cambiamento importante si verifica tra il 1971 e il 1975. Con la legge 124/1971 si apre ufficialmente l'accesso alla professione anche agli uomini, rompendo la storica identificazione del ruolo con il genere femminile. Poco dopo, il DPR 867/1975 estende la durata del corso a tre anni e introduce il requisito del biennio scolastico superiore per l'accesso alle scuole, che passano sotto la gestione delle Regioni. Questo momento segna l'avvio di una formazione più strutturata, che inizia a includere anche il contributo di docenti con una formazione universitaria.

Negli anni successivi, si introducono nuovi approcci didattici, si sperimentano strumenti come i gruppi Balint (Metodo di formazione in gruppo che si basa sulla discussione di casi clinici) e le schede di rilevazione dati, e si comincia a sviluppare la cartella infermieristica. Parallelamente si afferma il concetto di nursing come disciplina autonoma, centrata sulla relazione con il paziente, l'uso del metodo scientifico nell'assistenza e lo sviluppo del pensiero critico.

Con la riforma sanitaria del 1978 (legge 833), che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, l'infermiere diventa una figura chiave anche nell'assistenza territoriale. Le scuole rispondono adeguando i percorsi con tirocini mirati e nuove competenze. Sebbene la professione fosse ancora regolata dal mansionario, già si cominciava a promuovere un'immagine di infermiere autonomo e responsabile.

Un ulteriore impulso all'innovazione arriva con la diffusione di manuali stranieri tradotti, che introducono nelle scuole modelli teorici e operativi più moderni. Questo fermento culturale porta alla nascita di una vera e propria disciplina infermieristica, centrata sul processo assistenziale e su una formazione che guarda al paziente nella sua complessità, e non solo all'esecuzione di compiti predefiniti. (1)

L'ingresso in Università: il punto di svolta

Nel 1992 si realizza un passaggio epocale: l'infermieristica entra ufficialmente nel mondo universitario con l'istituzione del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche. Due anni dopo, nel 1994, viene definito il profilo professionale, e nel 1996 la formazione diventa esclusivamente universitaria.

Il riassetto definitivo arriva nel 1999, quando l'intero percorso viene riorganizzato in conformità con il modello europeo a crediti formativi. Dal 2001 il corso di studi prende il nome di Laurea in Infermieristica, e nel 2004 nasce anche la laurea specialistica, oggi magistrale, in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. Il sistema si apre così a un continuum formativo che comprende master, corsi di perfezionamento e, più recentemente, anche dottorati di ricerca. (1)

La mia esperienza all'Università degli Studi di Pavia

Mi sono laureata nel 2024 all'Università degli Studi di Pavia, dove il corso di laurea in Infermieristica è parte del Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense. Ad oggi il percorso ha una durata triennale e richiede il raggiungimento di 180 crediti formativi. L'accesso è a numero programmato, mediante un esame scritto che valuta competenze logico-matematiche, culturali e scientifiche di base.

Durante i tre anni, abbiamo affrontato insegnamenti che spaziavano dalle scienze di base, come anatomia, fisiologia, patologia e farmacologia, fino a materie strettamente infermieristiche, tra cui teoria del Nursing, metodologia del processo assistenziale, etica e deontologia.

Un elemento centrale della mia formazione è stato il tirocinio clinico. A partire dalla metà del secondo anno sono entrata a contatto con il paziente reale, dopo una prima fase di esercitazioni nei laboratori didattici su manichini. Durante il secondo anno si svolge appunto un mese di pratica in strutture convenzionate con l'università, esperienza che rappresenta il primo vero incontro con la complessità e l'intensità del lavoro infermieristico.

È però nel terzo anno che il tirocinio assume un ruolo predominante: 1380 ore complessive articolate in più aree obbligatorie - cardiologica, geriatrica, oncologica, chirurgica e critica - accompagnate da laboratori di simulazione e incontri di tutoraggio. Durante questo anno il carico teorico si riduce e l'attenzione si concentra sull'agire pratico, sulla riflessione clinica e sulla stesura della tesi, che rappresenta la

sintesi finale del nostro percorso.

Una delle cose che più ho apprezzato è stato il modo in cui ci è stata trasmessa la responsabilità del nostro agire. L'infermiere non è più - e non deve più essere - solo un esecutore. È un professionista con un proprio campo di competenza, in grado di lavorare in team ma anche di prendere decisioni autonome, con spirito critico, nel rispetto della persona assistita.

La mia formazione professionale presso la scuola A. Salaroli.

Ho ottenuto il diploma di abilitazione professionale numero 991 per Infermiere Professionale a Pavia presso la Scuola A. Salaroli il 3 luglio del 1986, dopo aver svolto **1894** ore di teoria e **2897** di tirocinio. Non cito ovviamente a memoria, ma riportando quanto registrato sul *Libretto di Profitto* che custodisco gelosamente come memoria del mio percorso formativo e che racconta dettagliatamente come sono stati articolati i miei tre anni di corso.

Gli insegnamenti teorici e tecnici, gli insegnamenti infermieristici clinici, le valutazioni degli esami di passaggio, le assenze, le valutazioni delle attitudini personali e professionali, i risultati degli Esami di Stato. Tre anni raccolti e condensati in 24 pagine compilate a mano che raccontano come, in epoca di mansionario e scuole regionali, gli infermieri si formavano. Questo libretto evoca ricordi bellissimi, amicizie che sopravvivono da più di quarant'anni, magari poco coltivate ma che si riaccendono ogni volta che ci si incontra.

Se lo leggo attentamente la prima cosa che balza all'occhio è che ero la matricola 1449 e il mio diploma è il 991... quindi un terzo degli aspiranti infermieri non completava il percorso nei tre anni previsti e il tasso di abbandono era decisamente rilevante. La Scuola di Pavia, diretta per 35 anni da Suor Chiarina Garbossa, era considerata tra le più qualificate del panorama nazionale ma anche tra le più selettive e severe. Non si può negare l'impronta religiosa che permeava l'insegnamento e le richieste agli studenti di rigore morale e professionale. Ricordo però l'alto livello della qualità dell'insegnamento sia teorico che pratico. Dal Policlinico San Matteo e dall'Università di Pavia, venivano reclutati i docenti delle discipline mediche e umanistiche, mentre infermieristica era affidata al "Monitore" infermiere responsabile della classe per i tre anni di corso.

L'organizzazione didattica prevedeva il primo anno tre mesi di lezioni teoriche, l'inserimento nei reparti di degenza da dicembre del primo anno di corso e poi lezione al mattino e tirocinio al pomeriggio e il mese successivo tirocinio al mattino e lezioni al pomeriggio. Questo schema ripetuto per tutto il primo e secondo anno di corso e parte del terzo dove però il tirocinio prevedeva anche turni notturni e un numero di lezioni teoriche ridotto. Inoltre nel periodo estivo (luglio e agosto) del primo e del secondo anno, veniva programmato un mese di tirocinio articolato sui tre turni affiancato da un infermiere esperto. Ad aprile del terzo anno

le lezioni erano praticamente terminate e in previsione degli esami di Stato veniva programmata una esperienza di solo tirocinio dove essenzialmente lo studente gestiva in quasi totale autonomia un gruppo di pazienti.

Da questa breve descrizione e dai numeri citati sopra non è difficile capire che i tre anni di corso sono stati molto intensi e impegnativi, anche in considerazione della giovane età degli studenti. Vi ricordo che allora si accedeva alla scuola a 16 anni con un biennio certificato di scuola media superiore.

Della mia esperienza alla "Salaroli" mi restano alcune chicche, sicuramente mediate dalla memoria selettiva ma indelebili.....Con Suor Chiarina la Microbiologia e Igiene avevano una rilevanza assoluta ed erano materie da "duplicare" non studiare. Chi c'era sa.

Le interminabili consegne al cambio turno in Patologia Medica in piedi fermi sull'attenti, ma il mio nervo Vago collaborava poco.

Le cuffie inamidate da Suor Norilda, sfidavano le leggi della fisica per quanto erano inamidate e capaci di racchiudere chiome ribelli.

Lo scheletro didattico dell'Aula Magna se avesse potuto parlare e soprattutto ribellarsi agli allestimenti a cui era sottoposto.

Cosa porto con me di quegli anni?

Un'esperienza bellissima, fatta di impegno, apprendimento pratico ma soprattutto di conoscenza e confronto che ha segnato tutta la mia vita professionale: ho incontrato infermieri che mi hanno trasmesso l'essenza della professione, del prendersi cura del paziente, del rispetto della vita e della morte, dell'orgoglio di appartenere ad un gruppo di professionisti che potevano agire per il benessere del paziente. Il nostro agire era allora normato dal mansionario, dalla gerarchia e in molti contesti ancora dalla dipendenza dalle figure mediche. Ma ho potuto apprezzare anche contesti in cui la collaborazione e il riconoscimento degli infermieri erano fattivi.

Sarei ipocrita se vi dicessi che non mi sono imbattuta anche in cattivi esempi e pessimi professionisti ma sono sempre riuscita a pensare: non sarò mai come loro..... e credo proprio di esserci riuscita!

Ero già un'infermiera quando abbiamo combattuto le battaglie per l'abolizione del mansionario, per il riconoscimento dell'infermiere come professionista, per la formazione universitaria e post base. Quello che ora si studia come storia dell'evoluzione professionale io e tanti di noi lo abbiamo vissuto da protagonisti.

Bibliografia

1. Saiani L. La storia italiana della formazione infermieristica: la "lunga marcia" dalle scuole regionali ai corsi di laurea magistrale. Tutor. 26 aprile 2016;16(1):32-9.

Occhio al Codice

Aurelio Filippini, Componente del Comitato etico dell'Istituto Superiore Sanità

L'infermiere, figura centrale del sistema sanitario, è definito dal Codice Deontologico come un professionista iscritto all'ordine delle professioni infermieristiche, portatore di un insieme di valori, saperi scientifico-umanistici e competenze professionali. Questa identità, oggi più che mai, è fondamentale nel contesto complesso in cui ci troviamo a operare.

Origini e Evoluzione dell'Identità Infermieristica

Il Codice Deontologico del 1960 ha tracciato le basi di un'identità forte per gli infermieri, ponendo l'accento sull'assistenza alla persona e sul rispetto di valori morali. Gli infermieri pur considerati semplici ausiliari anche dal punto di vista normativo, si configurano attraverso il codice come professionisti con una connotazione morale chiara. Questo codice storico enfatizzava, infatti, il servizio all'umanità, la tutela della salute e la protezione della vita, ricordando che gli infermieri curano, proteggono e non abbandonano mai i loro pazienti. Chiarissimi sono i passaggi che il primo codice delinea attraverso gli 11 articoli:

1. L'infermiere professionale, l'assistente sanitaria visitatrice e la vigilatrice d'infanzia dedicano la loro opera all'assistenza del malato, al sollievo della sofferenza, alla difesa della vita, alla tutela della salute individuale e collettiva.
2. Curano...
3. Proteggono...
4. Non abbandonano...
5. Osservano il segreto professionale...
6. Pongono i rapporti sul piano della lealtà...
7. Mantengono i rapporti con l'amministrazione...
8. Curano la vita di relazione...
9. Onorano la professione...
10. Portano la divisa con dignità...
11. L'iscrizione all'Albo è segno di una raggiunta maturità e la partecipazione alla vita del gruppo professionale, sia in campo nazionale che internazionale, è l'espressione del contributo che ciascuno porta, tramite la professione, all'armonico sviluppo della società.

Di grande rilevanza anche l'ultimo passaggio che vede una responsabilità professionale dell'armonico sviluppo della

società, ad intendere un ruolo già ai quei tempi proattivo e di esempio.

Il nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche

Con il passare del tempo, la professione infermieristica ha subito notevoli trasformazioni. Le norme sono mutate, e con esse la società, la scienza, la formazione, fino ad arrivare all'impatto della pandemia che ha sottolineato il valore cruciale del ruolo degli infermieri. Oggi, il nuovo Codice Deontologico, entrato in vigore, dal 22 marzo 2025 (https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web-2.pdf), si fa interprete di una identità professionale articolata e profonda, che risponde a sfide quotidiane e a una società in continua evoluzione.

A mio avviso ci sono cinque caratteristiche fondamentali dell'identità infermieristica:

1. **Saperi Specifici clinico umanistici e valoriali:** gli infermieri sono formati per applicare conoscenze teoriche e pratiche specifiche e peculiari per un professionista della salute che si connatura come unico, e che esplicitano nelle loro azioni quotidiane, affrontando situazioni cliniche complesse con competenza e sensibilità.
2. **Proattività:** la professione infermieristica richiede iniziativa nel rispondere alle sfide sanitarie, rendendo gli infermieri agenti di cambiamento all'interno delle loro comunità, mi piacerebbe riprendere il contributo ad uno sviluppo armonico della società.
3. **Consapevolezza di Essere:** è fondamentale che ogni infermiere prenda coscienza della propria identità professionale, valorizzando il proprio operato e il proprio ruolo nella società. La consapevolezza si configura come una tensione costante nel mantenere il focus sulla scienza e la coscienza, cioè sui saperi e sui valori specifici e sull'oggetto epistemologico della professione: l'Uomo
4. **Autonomia Professionale:** gli infermieri devono esercitare la loro professione con indipendenza, prendendo decisioni informate e basate sui saperi, sui valori, sulla normativa e sulla consapevolezza.
5. **Responsabilità:** questa va oltre l'obbligo normativo; gli infermieri sono custodi del benessere delle

persone che assistono e della comunità, e devono operare con un forte senso critico ed etico, la responsabilità si agisce in funzione dei 4 punti precedenti.

Il Ruolo della Consapevolezza nell'Identità Infermieristica

La consapevolezza emerge come una virtù chiave nel percorso professionale dell'infermiere. Essa implica non solo una presa di coscienza delle proprie competenze, ma anche un riconoscimento profondo dei valori che guidano l'azione quotidiana. La consapevolezza è essenziale per affermare il valore della professione infermieristica in un contesto in cui la salute pubblica è sempre più complessa e interconnessa.

In un'epoca in cui l'etica e il professionismo si intrecciano, ogni infermiere deve abbracciare la propria identità con

orgoglio e determinazione. Come affermava Aristotele, l'uomo coraggioso affronta le proprie paure, e oggi gli infermieri sono chiamati ad avere il coraggio di evidenziare il loro ruolo fondamentale nella società.

L'identità infermieristica è un concetto dinamico e in continua evoluzione, influenzato da cambiamenti sociali, normativi e scientifici. Per affrontare le sfide future, è essenziale che gli infermieri si affermino non solo come professionisti competenti, ma anche come custodi della salute e del benessere della comunità. L'orgoglio nella propria identità, accompagnato da una profonda consapevolezza dei valori etici, sarà la bussola che guiderà gli infermieri verso un esercizio della professione sempre più responsabile e significativo.

L'angolo ENPAPI

Merlini Paolo, Consigliere Consiglio di Amministrazione ENPAPI.

Nel contesto attuale della sanità, la formazione continua rappresenta un pilastro fondamentale per garantire qualità, sicurezza ed efficienza nei servizi assistenziali. Gli infermieri, in particolare, devono costantemente aggiornare le proprie competenze per rispondere alle sfide di un settore in continua evoluzione. In questo scenario, l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI) gioca un ruolo cruciale nel supportare la crescita professionale degli iscritti.

L'aggiornamento professionale degli infermieri non è solo un obbligo normativo, ma anche un'opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti e accrescere la propria competitività nel mercato del lavoro. La formazione continua consente di acquisire nuove competenze in ambiti innovativi come la telemedicina, la gestione delle cronicità, l'intelligenza artificiale applicata alla sanità e le nuove metodologie di assistenza.

L'obbligo formativo è regolato dal sistema ECM (Educazione Continua in Medicina), che richiede l'accumulo di un determinato numero di crediti formativi ogni triennio. Oltre a essere un requisito per l'esercizio della professione, la formazione consente agli infermieri di migliorare il proprio status lavorativo, accedendo a ruoli di maggiore responsabilità.

ENPAPI non è solo l'ente previdenziale di riferimento per gli infermieri liberi professionisti, ma si impegna attivamente nel sostegno alla formazione continua. Attraverso specifiche iniziative e finanziamenti, ENPAPI favorisce l'accesso a corsi di aggiornamento e master, promuovendo il

miglioramento delle competenze professionali.

Tra le iniziative più rilevanti, ENPAPI offre o ha in programma di offrire:

- Borse di studio e contributi per la formazione: incentivi economici destinati agli infermieri che partecipano a corsi di aggiornamento o specializzazione.
- Convenzioni con enti formativi: accordi con istituti e università per garantire tariffe agevolate ai propri iscritti.
- Webinar e corsi online gratuiti: strumenti utili per conciliare l'aggiornamento professionale con gli impegni lavorativi.

- Consulenza per la carriera: supporto per la crescita professionale e l'accesso a nuove opportunità di lavoro.

Attraverso corsi di formazione meno convenzionali, il libero professionista infermiere può sperimentare nuove forme di assistenza in ambiti come la medicina estetica, la medicina complementare, la consulenza, la formazione e l'assistenza perinatale. Tutte queste possibilità rientrano nel codice ATECO recentemente istituito, permettendo ai professionisti di continuare a versare i contributi in ENPAPI.

In un'epoca in cui il settore sanitario è soggetto a continui cambiamenti, la formazione continua rappresenta un'esigenza imprescindibile per gli infermieri.

ENPAPI, con il suo impegno nel sostegno alla crescita professionale, si conferma un alleato prezioso per tutti i professionisti del settore. Investire nella formazione significa garantire un'assistenza di qualità ai pazienti e valorizzare il ruolo dell'infermiere nella società.

Focus Mental Health

Chiara Taffurelli, Docente di Psicologia sociale applicata all'infermieristica - UNIPR

La relazione tra infermiere e paziente non è solo una componente dell'assistenza sanitaria, ma un incontro tra due esseri umani che, se vissuto consapevolmente, può arricchire entrambi, migliorando la qualità della cura e creando circoli virtuosi di benessere reciproco. Quando un infermiere riesce a connettersi profondamente con il paziente, non solo allevia la sua sofferenza, ma trova anche un senso più profondo nel proprio operato.

Ogni paziente porta con sé una storia, una paura, una speranza. Una comunicazione autentica può fare la differenza tra un paziente che si sente solo e uno che si sente accolto, tra un trattamento vissuto con angoscia e uno affrontato con fiducia. Non si tratta solo di sentire, ma di comprendere in profondità ciò che il paziente esprime, verbalmente e non. Anche per l'infermiere, la relazione ha un valore profondo: il contatto umano può essere la chiave per trasformare il lavoro gravoso, che quotidianamente deve affrontare in una professione appagante. Quando si sente riconosciuto, ascoltato e in grado di offrire un sostegno reale, l'infermiere sperimenta una maggiore soddisfazione e una minore esposizione allo stress e al burnout.

Integrare la formazione relazionale nei percorsi formativi degli infermieri significa dare valore all'aspetto più umano della professione e rendere il lavoro quotidiano, seppur gravoso, un'occasione gratificante per scansare la fatica mentale del lavoro di cura.

La formazione alla relazione con il paziente non si limita all'apprendimento di tecniche di comunicazione, ma comprende aspetti più profondi legati all'empatia, all'ascolto attivo, alla gestione delle emozioni e alla capacità di costruire un rapporto di fiducia.

Questo tipo di formazione, però, non può più basarsi su mere conoscenze teoriche, ma deve addentrarsi nella realtà quotidiana vissuta dagli operatori in prima linea e fare spazio "nuove" metodologie formative che prevedano interattività e che partano dalle esperienze dei professionisti, che diventano i protagonisti della formazione.

La simulazione diventa quindi la protagonista in questo tipo di formazione, dove il professionista rimane sé stesso e ha l'occasione di sentirsi ascoltato e aiutato a risolvere dilemmi che spesso porta con sé da molti anni. Attraverso questa metodologia il professionista può sperimentarsi in situazioni nuove, anche tentando di utilizzare tecniche comunicative mai sperimentate, ma con la libertà di poter commettere errori e di riflettere sugli stessi. La riflessività, infatti, rappresenta il cardine della simulazione stessa. Sperimentare in un ambiente protetto il confronto con situazioni emotivamente complesse aiuta gli infermieri a sviluppare sicurezza nella gestione della relazione con il paziente.

Altro punto chiave della formazione alla relazione è la dimensione di gruppo, nella quale questa dovrebbe avvenire. Il gruppo diventa il sostegno e non più un nemico da sconfiggere, soprattutto se si tratta di gruppi multidisciplinari. Condividere esperienze con altri professionisti della salute, infatti, permette di arricchire il proprio bagaglio relazionale, imparando a vedere il paziente da diverse prospettive.

La formazione seppur importante, non può essere, però vista come soluzione univoca, deve invece essere inserita in una cornice organizzativa che, pensi alla relazione come una grande risorsa, a sostegno anche degli infermieri, costretti a far fronte a criticità di diversa natura. Un'organizzazione che pensi a prendersi cura dei professionisti, oltre che dei pazienti, sarà un'organizzazione pronta alle sfide di un panorama sanitario in evoluzione.

Dietro ogni gesto tecnico c'è un cuore che può accogliere, un volto che può rassicurare, una parola che può cambiare la giornata di un paziente. Formarsi alla relazione non è solo un mezzo per migliorare l'assistenza, ma un'opportunità per riscoprire la bellezza della propria professione, trasformando ogni incontro in un'esperienza di crescita reciproca. Nel prendersi cura dell'altro, spesso si scopre di prendersi cura anche di sé stessi.

Gestione del Dolore e cure palliative domiciliari: le sfide del caregiver

**Pain management and home palliative care in adult cancer patients:
the challenges of the caregiver.**

Tommasino Alessandra, U.O. Ortopedia e Traumatologia, Istituto Clinico Beato Matteo Vigevano (PV)

Cenzi Maria, U.O. Medicina Interna, Ospedale di Varzi, ASST Pavia

Rampi Annamaria, Direttore delle Attività Didattiche Corso di Laurea in Infermieristica sede Vigevano, ASST Pavia

Autore di corrispondenza:

Tommasino Alessandra: alessandra.tommasino2002@gmail.com

ABSTRACT IN ITALIANO

Introduzione

Il dolore oncologico è uno dei sintomi più debilitanti per i pazienti con tumore, e la sua gestione nelle fasi avanzate risulta complessa, richiedendo un approccio multidisciplinare che comprende farmaci, terapia fisica e supporto psicologico e sociale. Quando la gestione del dolore è affidata al caregiver a domicilio, le difficoltà aumentano, intaccando il suo benessere psico-fisico e compromettendo la qualità della vita del paziente, che rappresenta l'obiettivo principale delle cure palliative. Pertanto, è fondamentale coinvolgere l'*informal caregiver* nel processo di cura, offrendo supporto emotivo e formazione sanitaria adeguata. L'obiettivo di questo studio è comprendere l'esperienza e la percezione dei caregiver nella gestione del dolore oncologico in contesti di cure palliative domiciliari.

Metodi

È stata condotta una revisione narrativa di studi qualitativi tra il 2005 e il 2024 interrogando le Banche Dati PubMed e Scopus, avvalendosi del supporto del format PS. Sono stati trovati n° 138 articoli, di cui ne sono stati selezionati n° 8 rispondenti al quesito di ricerca.

Risultati

Dall'analisi è emerso che le principali problematiche dei caregiver sono: fardello fisico e mentale, paura, credenze errate, mancanza di conoscenza, responsabilità, difficoltà comunicative, isolamento, cambiamento dei ruoli, difficoltà economiche, sofferenza del paziente e problemi organizzativi.

Conclusioni

I risultati emersi hanno sottolineato che ci sono tutt'ora diverse problematiche con cui il caregiver deve interfac-

ciarsi quando si ricorre alla palliazione domiciliare. Visto l'aumento delle malattie cronico-degenerative e della loro gestione territoriale è auspicabile avviare nuovi studi per evidenziare le difficoltà dei caregiver e fornire strumenti utili per migliorare l'assistenza infermieristica.

Parole chiave:

Cancro, dolore oncologico, caregiver informale, assistenza domiciliare.

ABSTRACT IN INGLESE

Introduction:

Cancer pain is one of the most debilitating symptoms for cancer patients, and its management in advanced stages is complex, requiring a multidisciplinary approach that includes medications, physical therapy, and psychological and social support. When pain management is entrusted to the caregiver at home, the difficulties increase, affecting their psycho-physical well-being and compromising the quality of life of the patient, which is the primary goal of palliative care. Therefore, it is essential to involve the informal caregiver in the care process, providing emotional support and adequate healthcare training. The aim of this study is to understand the experience and perception of caregivers in managing cancer pain in home-based palliative care settings.

Methods

A narrative review of qualitative studies was conducted between 2005 and 2024, by interrogating the PubMed and Scopus databases, using the support of the PS format. No 138 articles were found, of which 8 articles were selected from the search string.

Results

The analysis revealed that the main issues faced by caregivers include: physical and mental burden, fear, miscon-

ceptions, lack of knowledge, responsibility, communication difficulties, isolation, role changes, financial difficulties, patient suffering, and organizational problems.

Conclusions

The results highlighted that there are still several challenges that caregivers face when providing home-based palliative care. Given the increase in chronic-degenerative diseases and their territorial management, it is advisable to initiate new studies to highlight the difficulties faced by caregivers and provide useful tools to improve nursing care

Keywords:

Neoplasm; breakthrough pain, family caregiver; Home setting.

Background

Le cure palliative, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002 [1], migliorano la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie affrontando sofferenze legate a malattie inguaribili. L'obiettivo è gestire il dolore e supportare pazienti e caregiver a livello fisico, psicologico, sociale e spirituale, anche a domicilio, a condizione che ci siano le giuste condizioni e la collaborazione della rete familiare. Le cure palliative sono riconosciute come parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la legge 38/2010 [2] sottolinea che la sofferenza non è inevitabile e deve essere trattata in ogni setting d'assistenza. Di tutte le patologie che richiedono cure palliative, il 40% dei pazienti è affetto da patologia neoplastica. [3], e uno tra i problemi più rilevanti appare essere il dolore oncologico che è presente nel 70-90% dei pazienti oncologici in fase avanzata o con metastasi [4]. È un dolore totale poiché colpisce vari aspetti della vita [5]. I caregiver, fondamentali nell'assistenza domiciliare, affrontano un carico emotivo e fisico significativo, con possibili ripercussioni sulla loro salute come: disturbi del sonno, affaticamento, problemi gastrointestinali, cefalee e disturbi cardiovascolari [6]. A questo si legano una serie di disturbi psicologici, tra cui ansia e depressione. Questo "burden" riduce significativamente l'assistenza sanitaria fornita al caregiver, ne viene meno anche l'obiettivo ultimo delle cure palliative: Il mantenimento della miglior qualità di vita fino alla fine [7].

Obiettivo dello studio

Obiettivo dello studio è quello di esplorare il vissuto e le sfide che deve affrontare un *informal caregiver* di un paziente oncologico adulto in merito alla gestione del dolore in palliazione domiciliare.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione di studi qualitativi sulle banche dati PubMed e Scopus in un arco temporale che va dal 2005 al 2024. È stato usato il format PS, dove P sta per Population, in questo caso, i caregiver di pazienti

oncologici in regime di palliazione domiciliare, mentre S sta per Situation ovvero le esperienze e i vissuti dei caregiver in questione. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: Neoplasm; breakthrough pain, family caregiver; Home setting. Questi termini e i rispettivi sinonimi sono stati combinati tra loro con gli operatori Booleani AND e OR al fine di generare le stringhe di ricerca da inserire all'interno dei database. Al fine di selezionare gli articoli pertinenti per la ricerca sono stati tenuti in considerazione alcuni criteri di inclusione: gli studi inclusi sono tutti qualitativi primari, scritti in inglese o italiano, i pazienti adulti in questione sono affetti da patologia neoplastica. Per analizzare e selezionare gli studi da includere in questa revisione di letteratura è stata preso in riferimento la guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses). Esso permette di rappresentare e documentare con precisione tutti gli articoli scientifici identificati, esaminati, valutati per eleggibilità e inclusi nella revisione e i motivi di esclusione ad ogni step (Figura 1) [8].

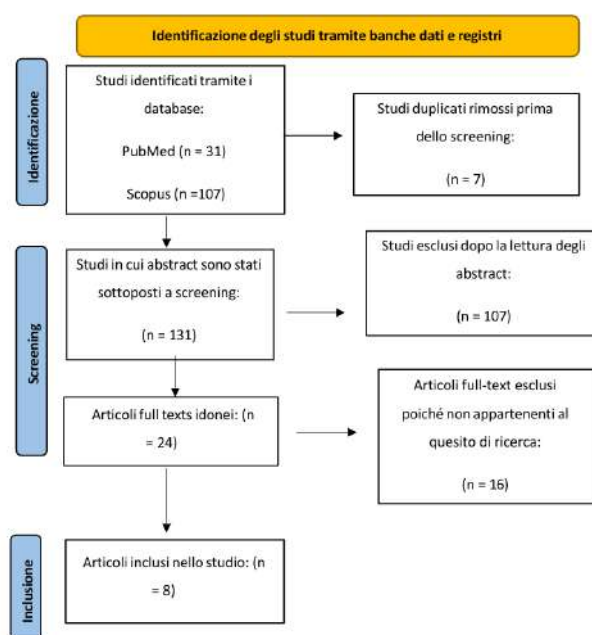


Figura 1 PRISMA 2020 flow diagram

Di seguito la Tab. 1 mostra gli articoli inclusi trovati sulla Banca dati di Pubmed alla seguente stringa di ricerca: (oncologic OR cancer OR neoplasm) AND (palliative care) AND (breakthrough cancer pain[Title/Abstract] OR BTcP[Title/Abstract] OR cancer pain[Title/Abstract] OR pain[Title/Abstract]) AND (family[Title/Abstract] OR caregiver[Title/Abstract] OR family caregiver[Title/Abstract]) AND (domicile[Title/Abstract] OR home[Title/Abstract] OR Home Hospice Setting[Title/Abstract]) AND (experience OR care-

giver' experiences) AND ("semi structured"[TIA B] OR semistructured[TIAB] OR unstructured[TI AB] OR informal[TIAB] OR "in depth"[TIAB] OR indept[TIAB] OR "face-to face"[TIAB] OR structured[TIAB] OR interview*[TIA B] OR discussion*[TIA B] OR questionnaire*[TIAB] OR "focus group"[TIAB] OR "focus groups"[TIAB] OR qualitative[TIA B] OR ethnograph*[TIA B] OR fieldwork[TIAB] OR "field work"[TIAB] OR "key informant"[TIA B] OR "interviews topic" as [Mesh] OR "focus groups"[Mesh] OR narration[Mesh] OR qualitative research [Mesh] OR "personal narratives as topic"[Mesh])) NOT (pediatric OR paediatric).

Articoli e autori	Metodi di raccolta dati e postura del ricercatore	Temi e concetti emersi
"A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home" McPherson CJ, (2014)	Sono state eseguite interviste semi-strutturate, con colloqui individuali, prima audio-registrate e poi trascritte. Al termine di ogni intervista sono stati presi appunti.	Dallo studio sono emersi due temi principali: <i>comunicare il dolore</i> e <i>trovare una soluzione al dolore</i> . Il primo tema include quattro sottotemi: i ruoli nella gestione del dolore, l'identificazione ed espressione del dolore, e la comunicazione tra pazienti e caregiver riguardo al dolore. Il secondo tema comprende anche quattro sottotemi: i ruoli dei partecipanti nell'approccio al controllo del dolore, le loro credenze sul controllo del dolore, le esperienze con gli effetti collaterali e le percezioni nel trattamento del dolore.
"Flying Blind Sources of Distress for Family Caregivers of Palliative Cancer Patients Managing Pain at Home" McPherson CJ, (2014)	Sono state condotte interviste semistrutturate con promemorie. Nello studio originale ai caregiver era stato chiesto di descrivere le sensazioni e le cause di stress nella gestione del dolore al domicilio	Dallo studio sono emersi due temi principali: <i>comunicare il dolore</i> e <i>trovare una soluzione al dolore</i> . Il primo tema include quattro sottotemi: i ruoli nella gestione del dolore, l'identificazione ed espressione del dolore, e la comunicazione tra pazienti e caregiver. Il secondo tema riguarda la ricerca di soluzioni al dolore, con sottotemi che esplorano i ruoli nell'approccio al controllo del dolore, le credenze sul suo controllo, le esperienze con gli effetti collaterali e le percezioni sul trattamento.
"Informal hospice caregiver pain management concerns: A qualitative study", Kelley M., (2013)	Sono state eseguite interviste semi-strutturate, prima registrate e poi trascritte.	Dallo studio sono emersi sei temi con dei temi subordinate come i problemi incentrati sul caregiver, le competenze e conoscenze sui farmaci per il caregiver, i problemi di conoscenza dei sintomi di fine vita, la comunicazione e problema di lavoro di squadra, il problema di abilità organizzative e i problemi incentrati sul paziente.
"Barriers to Effective Cancer Pain Management in Home Setting: A Qualitative Study", Rafii F., (2021)	Sono state eseguite interviste approfondite non strutturate con ogni partecipante e sono state analizzate interviste audio-registrate per poi essere trascritte utilizzando l'analisi tematica. Ogni intervista è stata fatta separatamente.	Dallo studio sono emersi dieci temi principali e diversi sottotemi: come la tolleranza e la dipendenza da farmaci, gli atteggiamenti negativi nei confronti dell'analgesia da oppioidi, l'occultamento del dolore, le comorbidità dolorose, il conflitto nelle prospettive e idee dei caregiver, l'inaccessibilità alle strutture di sollievo dal dolore, la scarsa abilità e conoscenza, sentimenti di depressione e disperazione dei pazienti e il fardello dei caregiver.
"Pain Management Concerns From the Hospice Family Caregivers' Perspective", Chi NC, (2018)	Lo studio si basa su interviste della durata di circa 40 minuti l'una, esse sono state trascritte poi da professionisti del settore.	Dall'analisi dei dati sono emersi 5/6 temi principali come i problemi riguardanti il caregiver, i problemi riguardanti le abilità e conoscenze del caregiver nei riguardi dei medicinali, i problemi di comunicazione e di squadra, problemi organizzativi e quelli riguardanti il paziente.
"Family Caregivers' Challenges in Cancer Pain Management for Patients Receiving Palliative Care, Chi NC, (2023)	Tutte le interviste sono state audio-registrate e trascritte testualmente	Dall'analisi dei dati sono emersi 3 problemi principali come problemi di comunicazione e lavoro di squadra, i problemi relativi al caregiver e quelli relativi al paziente.
"Hospice Caregivers' Experiences With Pain Management: 'I'm Not a Doctor, and I Don't Know if I Helped Her Go Faster or Slower'", Oliver DP, (2013)	Sono state condotte interviste semistrutturate. Tutte le interviste sono state registrate e trascritte testualmente per l'analisi.	Dall'analisi dei dati sono emersi 5 problemi principali come le difficoltà di somministrazione di antidolorifici, le preoccupazioni per effetti collaterali dei farmaci, le insicurezze nella valutazione del dolore, la frustrazione nella comunicazione con il team di sanitari e i ricordi di dolore non alleviato.

"Cancer related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain", McPherson CJ, (2013)	Le Interviste sono semi-strutturate con note sul campo.	Dall'analisi dei dati sono emersi 3 problemi principali come vivere il dolore da cancro, reagire al dolore e il sentire il dolore.
--	---	--

Risultati

Dopo aver selezionato gli articoli, è stata condotta un'analisi tematica raggruppando i contenuti raccolti dalle interviste presenti negli articoli in base alle loro affinità e similitudini.

Fardello fisico e mentale dei caregiver... "A Burden":

Il "fardello" riguarda il peso psicologico, emotivo e fisico che grava su chi si prende cura di una persona malata. Questo ruolo richiede un impegno continuo che può portare a delle limitazioni fisiche e mentali. In molti studi si evidenzia come questo possa interferire con l'efficace gestione del dolore e risulti essere, dunque, motivo di diminuzione della qualità della vita del paziente. In molti casi i caregiver sperimentano ansia, depressione e fatica. Come testimoniato da questo caregiver:

«I get kind of sad because I feel depressed all the time. [...] I just want to cry all the time cause my mom is sick. When I feel depressed, I just want to cry and I don't want to live. I want to die [...]» [9]

Il "Burden" fisico si manifesta in seguito ai compiti impegnativi e gravosi che riguardano l'assistenza al paziente.

«Just physical and mental exhaustion on all of [the family members were overwhelming] ... I over-medicated [my husband]. I didn't care at that point [...] I was getting so little sleep. I'm not sure if I could make a rational decision.» [10].

Paura e credenze... "A real moral dilemma"

Le paure e le credenze nel caregiver sono strettamente legate alla poca conoscenza delle terapie e dei presidi e al peso emotivo di dover gestire un sintomo così invalidante. Le paure riguardano soprattutto il sovradosaggio o il sottodosaggio dei farmaci, tale preoccupazione è alimentata sugli oppioidi. Molti hanno timori riguardo la possibilità che questi farmaci possano accelerare la morte dei pazienti, o che se non gestiti correttamente possano essere potenzialmente fatali. Ecco alcune testimonianze:

«It is overwhelming ... And the moment I needed the morphine [for the patient] was the moment I realized we ran out. [...] And the level in the eyedropper kept going up and down and I didn't want to give her too much or too little. That was part of the call to hospice to determine how I was supposed to read the dropper.» [9].

«I'm not a doctor, and I do not know if I helped her go faster or slower or what, hell I do not know.» [11]

«I'm going to feel like I'm assisting him in dying.» [10]

Molti caregiver si trovano a dover affrontare le convinzioni dei pazienti che, non riconoscendo la gravità della loro

condizione, rifiutano gli oppioidi per timore di sviluppare una dipendenza in futuro.

«I asked the doctor not to tell him either. He thinks that he is going to be OK. Because of this, he refuses to take opioid painkillers no matter how hard I insist. ... he says that he is going to survive and he does not want to be a drug addict afterwards» [12].

Mancanza di conoscenza... "I needed to be trained"

In molti casi i caregiver non si sono sentiti in grado di gestire un simile dolore, incapaci di valutarlo adeguatamente o di affrontarlo con trattamenti farmacologici o con interventi non farmacologici. Questo timore può derivare dalla complessità delle cure mediche, della gestione delle emergenze o dalla paura di commettere degli errori.

«... A sense of inadequacy ... I really felt that I had responsibilities [...] And I needed to be trained and I was totally untrained. And that caused certainly a great deal of inner anxiety for me.» [13]

«I guess that is a question we need to ask. Is that too much? It would be nice to have some endpoint parameters.» [9]

Responsabilità... "Like being in a prison":

I caregiver si sentono personalmente responsabili di alleviare il dolore nel paziente, a maggior ragione nel contesto domiciliare. Questa pressione contribuisce ad aumentare lo stress e l'ansia, portando spesso a un progressivo isolamento sociale. Lo testimonia questa caregiver:

"Stuck in the house ... and it's like being in prison ... I don't want leave her alone ... in case she has a pain crisis when I'm not there.» [13]

Essi hanno la responsabilità di scegliere il trattamento appropriato in base al tipo di dolore provato dal paziente, modificandone le dosi e seguendo regimi terapeutici complessi.

«I tried to take him down to 1515 but it [analgesia] was much too low. He started having withdrawal; he's having a withdrawal breakthrough now. His pain is starting to breakthrough a bit now even with the 1815. I have to go back up. I manage the going up and down. I manage the constipation as much as I can.» [14]

Difficoltà di comunicazione, Gestirsi tra le varie opinioni e sentirsi soli... "Lambs to the slaughter"

Le difficoltà di comunicazione si manifestano tra caregiver-paziente, poiché quest'ultimo molto spesso tende a negare o celare il proprio dolore.

«[...] She will not speak clearly. Then when she has really bad pain the tone of her voice drops much more» [14]

Durante una crisi di dolore molti caregiver lamentano di non riuscire a mettersi in contatto con l'equipe sanitaria in maniera repentina.

*« [Health-care providers] were taking forever to call me back. And I thought, '[the patient] is in pain.' I think I was pestering them. **A half an hour is a long time to wait when you are in pain and it hurts you.** » [10]*

La comunicazione appare difficoltosa in quanto gli operatori forniscono informazioni discordanti ai caregiver, senza seguire delle linee di intervento comuni.

*«**The palliative care team should have sufficient time to talk to the oncology team...** [when they don't] then **you have two different game plans.** I think they probably need to communicate before the next team comes in and develops a different game plan.» [10]*

Altri caregiver devono affrontare anche discussioni con altri familiari e amici sulla gestione del dolore e sull'assistenza all'ammalato.

«She admitted, I hate my father with a passion [...] It could be such a better experience than what she will go through. At least I could give her the pain pills without sneaking them to her [...] But the bigger picture is why would he let her suffer like this. Why keep her in this kind of agony » [9]

Cambio dei ruoli e Difficoltà economiche ... *"I cannot take him in hand anyway";*

Con il progredire della malattia si nota un cambiamento dei ruoli nel contesto familiare, chi era responsabile del sostentamento finanziario della famiglia si ritrova a non esserlo più e in questo contesto il caregiver oltre ad essere responsabile dell'assistenza all'ammalato è responsabile anche del quadro finanziario della famiglia.

«I just can't do it, I just can't. I was up all night with [the patient] then worked all day and then was up all night the again. I just can't » [9]

Veder soffrire i propri cari... *"It hurts to watch somebody you love suffer"*

Il caregiver si ritrova a vivere emozioni contrastanti come impotenza, frustrazione, senso di colpa e tristezza. Il caregiver, infatti, può sentirsi totalmente disarmato, soprattutto nei riguardi di una malattia terminale.

«It hurts to watch somebody you love suffer. It's horrible» [13]

«I feel terrible because I cannot help him. You know. It's a very bad feeling to see somebody suffering. You're standing there like a fool and there's nothing you can do.» [13]

Problemi organizzativi... *"Everything got cockeyed".*

L'incapacità organizzativa dei caregiver può causare un problema nella gestione del dolore, i problemi riguardano soprattutto gli intervalli di somministrazione del farmaco, quanto ne è stato somministrato e se questi siano stati conservati correttamente.

«We name everything in the bottles by what it does; instead of trying to remember a 42 letter medical name. We have a label maker so we put the label on the bottle. And then we put all the bottles in a box and if we move to another part of the house, we just take the whole box with us.» [9]

Discussione

Alla luce dei risultati della ricerca analizzati, la gestione del dolore al domicilio rappresenta un problema rilevante e di enorme interesse al giorno d'oggi, visto il crescente orientamento delle cure verso il domicilio. Per rendere l'assistenza di qualità è necessario che l'equipe sanitaria valuti se sussistano le condizioni per intraprendere la palliazione domiciliare; valutazione che coinvolge infermiere, medico e assistente sociale. Oltre a questo, è importante considerare le capacità psicologiche, sociali e finanziarie del caregiver, tutti aspetti che condizionano l'assistenza, il caregiver poi deve essere integrato nel team come alleato in grado di fornire informazioni di vitale importanza. [15] Il supporto alla gestione del dolore deve poi includere una formazione specifica al caregiver [16]. L'infermiere deve coinvolgere l'*informal caregiver* sul come riconoscere i diversi tipi di dolore, come e quali scale di valutazione utilizzare per intercettare e monitorare il dolore. Importante poi è fornire informazioni sull'uso dei farmaci, inclusi gli oppioidi, affrontando le possibili preoccupazioni riguardanti il loro abuso o misuse. Per farlo possono essere utilizzate risorse informative, come brochure e foglietti illustrativi, stabilendo poi un piano di azione in caso di reazioni avverse o di sovradosaggio. [17] L'aspetto psicologico del caregiver è altrettanto cruciale. La formazione dovrebbe includere tecniche non farmacologiche, come il "tocco", che può alleviare il dolore e ridurre l'ansia nel paziente e nel caregiver stesso. Quest'ultimo deve essere supportato nel riconoscere i segnali di burnout, per queste ragioni il supporto psicologico da parte dell'equipe e in particolar modo dello psicologo è fondamentale. [18] Altro aspetto rilevante è la comunicazione che deve essere chiara e coerente da parte di tutta l'equipe sanitaria, questo per evitare confusioni. In questo senso, la telemedicina può essere una risorsa utile per supportare il caregiver, riducendo il carico psico-fisico senza aumentarne le responsabilità. [19] Per fare in modo che la comunicazione sia coerente è importante che la formazione del personale sia univoca e mirata alle specifiche necessità dei caregiver. [20] In sintesi, l'infermiere svolge un ruolo centrale nel prevenire l'isolamento del caregiver, offrendo supporto emotivo, informazioni per garantire una gestione efficace del dolore e migliorare la qualità della vita del paziente, scopo ultimo delle cure palliative.

Limiti dello studio

I campioni usati seppur omogenei nelle varie aree geografiche potrebbero limitare la generalizzazione dei risultati degli studi. Inoltre, il campione usato è quello degli adulti,

eliminando tutte le altre fasce di età. Dunque, a causa del background dei partecipanti, dei criteri di inclusione nella ricerca, delle dimensioni ridotte dei campioni e delle mancanze di prospettiva dei pazienti sarebbe giusto, nelle ricerche future, includere un campione più ampio e diversificato.

Conclusioni

Gli studi epidemiologici mostrano un aumento delle malattie cronico-degenerative, tra cui quelle oncologiche, anche a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione [21]. Ciò comporta un maggiore ricorso alle strutture sanitarie, rendendo fondamentale l'adattamento del sistema sanitario e sociale. In questo contesto, i caregiver sono cruciali, affrontando sfide quotidiane nella gestione domiciliare del dolore oncologico, supportando emotivamente il paziente, monitorando i sintomi e coordinando le cure con l'équipe medica. Inoltre, devono affrontare difficoltà finanziarie legate alla malattia. Gli *informal caregiver* rappresentano, in questo contesto, una risorsa importante e il loro coinvolgimento, formazione ed educazione devono essere adeguatamente supportati dal personale sanitario. Si auspica che vengano condotti ulteriori studi per migliorare l'assistenza infermieristica a domicilio [22].

Bibliografia

- [1] World Health Organization, "Palliative Care", aggiornamento 5 agosto 2020, disponibile da: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, [Consultato il 17/08/2024].
- [2] Gazzetta Ufficiale n.65 del 19 marzo 2010; Legge 15 marzo 2010, n.38. "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"; in vigore dal 3 aprile 2010.
- [3] WPCA-WHO Global Atlas of Palliative care at the end of life. 2014; Consultabile: www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- [4] Associazione Italiana Oncologica Medica (AIOM), Linee Guida Terapia del dolore in oncologia, Linee Guida AIOM 2018 TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA; 2019.
- [5] Evenepoel M, Haenen V, De Baerdemaeker T, Meeus M, Devoogdt N, Dams L, Van Dijck S, Van der Gucht E, De Groef A., Pain Prevalence During Cancer Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*, 2022; 63(3):e317-e335.
- [6] Given BA, A, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*; 2001; 51(4):213-31. doi: 10.3322/canjclin.51.4.213.
- [7] Pannuti R., et al. Dolore episodico intenso: uno studio su pazienti con cancro nella fase avanzata e avanzatissima di malattia seguiti a domicilio dalla Fondazione ANT Italia, 2009. Disponibile da: [13_dolore episodico-intenso_RICP-2009.pdf \(ant.it\)](#).
- [8] Di Censo A, Evidence-based nursing. A guide to Clinical Practice. Ed. Elsevier, S. Louis; 2005.
- [9] Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., & Moher, D. La dichiarazione PRISMA 2020: una linea guida aggiornata per la segnalazione di revisioni sistematiche. *Giornale internazionale di chirurgia*, 88, 105906, 2021.
- [10] McPherson C; Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain Res Manag*; 2013; 18(6):293-300. doi: 10.1155/2013/439594
- [11] Kelley M, Demiris G, Nguyen H, Oliver DP, Wittenberg-Lyles E; Informal hospice caregiver pain management concerns: a qualitative study. *Palliat Med*; 2013; 27(7):673-82. doi: 10.1177/0269216313483660.
- [12] Chi NC, Demiris G, Pike KC, Washington K, Oliver DP; DP-Pain Management Concerns From the Hospice Family Caregivers' Perspective. *Am J Hosp Palliat Care*; 2018; 35(4):601-611. doi: 10.1177/1049909117729477.
- [13] Oliver DP, Wittenberg-Lyles E, Washington K, Kruse RL, Albright DL, Baldwin PK, Boxer A, Demiris G; Hospice caregivers' experiences with pain management: "I'm not a doctor, and I don't know if I helped her go faster or slower". *J Pain Symptom Manage*; 2013; 46(6):846-58. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.011.
- [14] Rafii F, Taleghani F, Khatooni M; Barriers to Effective Cancer Pain Management in Home Setting: A Qualitative Study. *Pain Manag Nurs*; 2021; 22(4):531-538. doi: 10.1016/j.pmn.2020.11.003.
- [15] Mehta, Chan LS, Cohen SR. A; Flying blind: sources of distress for family caregivers of palliative cancer patients managing pain at home. *J Psychosoc Oncol*; 2014; 32(1):94-111. doi: 10.1080/07347332.2013.856057.
- [16] McPherson CJ; Hadjistavropoulos T, Devereaux A, Lobchuk MM. A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home. *BMC Palliat Care*; 2014; 13:39. doi: 10.1186/1472-684X-13-39.
- [17] Alam S, Hannon B, Zimmermann C., Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*. 2020, 20;38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018.
- [18] Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. (2002) How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*; 2002, 42(3):356-72. doi: 10.1093/geront/42.3.356
- [19] Davies AN, Elsner F, Filbet MJ, Porta-Sales J, Ripamonti C, Santini D, Webber K. Breakthrough cancer pain (BTcP) management: a review of international and national guidelines. 2018, *BMJ* 10.1136/bmjspcare-2017-001467.
- [20] Collinge W, Kahn J, Walton T, Kozak L, Bauer-Wu S, Fletcher K, Yarnold P, Soltysik R. Touch, Caring, and Cancer: randomized controlled trial of a multimedia caregiver education program. *Support Care Cancer*; 2013; 21(5):1405-14. doi: 10.1007/s00520-012-1682-6
- [21] Li Y, Li J, Zhang Y, Ding Y, Hu X. The effectiveness of e-Health interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. 2022, 10.1016/j.ijnurstu.2022.104179.
- [22] Istituto Superiore di Sanità, L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida? 2012; Accessibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>, [Consultato l'11/09/2024].

Disturbo dello spettro autistico: Revisione narrativa della letteratura sulle strategie infermieristiche per migliorare la presa in carico del bambino e dei suoi famigliari

Autism Spectrum Disorder: A narrative review on nursing strategies to improve the child and his family caring

Bianchi Benedetta, Infermiera libera professione

Silvia Casella, Infermiera ASST Pavia

Riassunto

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è riconosciuto come un urgente problema di salute pubblica. Le persone con ASD spesso presentano nella vita una serie di comorbidità mediche o comportamentali che possono anche essere il motivo di accesso a vari servizi sanitari, tra cui le unità di Pronto Soccorso (PS), con conseguente contatto con vari professionisti della salute a diversi livelli(1,2). L'obiettivo dell'elaborato è di ricercare e sintetizzare i dati della letteratura per definire gli interventi infermieristici volti a migliorare l'accoglienza e degenza ospedaliera dei pazienti pediatrici con ASD e dei loro familiari. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura, con un'analisi metanarrativa degli articoli selezionati, per escludere gli studi non pertinenti e focalizzare l'attenzione sulle evidenze primarie, della letteratura. Emerge dall'analisi degli studi interventi e strategie utili alla gestione dei comportamenti difficili dei bambini con ASD riferiti: alla comunicazione recettiva ed espressiva; agli stimoli sensoriali e della routine ospedaliera; strategie di inclusione dei caregivers nel processo di cura del paziente con ASD; di formazione del personale sanitario coinvolto. L'attuazione degli interventi proposti permette all'infermiere di creare un piano di cura personalizzato e permette al bambino con ASD e ai familiari/caregivers di vivere un'esperienza ospedaliera positiva.

Parole Chiave: "Autism", "Child", "Emergency Department", "Hospital" e "Nurse"

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is recognized as an urgent public health problem. People with ASD present in their lives a series of medical or behavioral comorbidities. That can also be the reason for access to various health services, including Emergency Department (ED) units, resulting in contact with various health professionals at different levels. The aim of the paper is to research and synthesize the data of the literature to define nursing in-

terventions aimed at improving the reception and hospital stay of pediatric patients with ASD and their families(1,2). A narrative review of the literature was conducted, with a metanarrative analysis of the selected articles, in order to exclude irrelevant studies and focus attention on the primary evidence, present in the literature. From the analysis of the studies, interventions and strategies useful for the management of difficult behaviors of children with ASD related to: receptive and expressive communication; sensory stimuli and hospital routine; strategies for the inclusion of caregivers in the care process of the patient with ASD; training interventions for the health personnel involved. The implementation of the proposed interventions allows the nurse to create a personalized care plan and enables the child with ASD and their families/caregivers to have a positive hospital experience.

Keywords: "Autism", "Child", "Emergency Department", "Hospital" e "Nurse"

Introduzione

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) definito come sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, ad esordio nei primi tre anni di vita, interessa principalmente le aree relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti, alla capacità di stabilire relazioni con gli altri; si configura come una disabilità "permanente" anche se le caratteristiche del deficit sociale variano nel tempo(3,4). In Italia, si stima che 1 bambino su 77(di età compresa tra i 7 e i 9 anni) presenti ASD con prevalenza maggiore nei maschi(5). Il ASD è riconosciuto come urgente problema di salute pubblica, spesso accompagnato da una serie di comorbidità mediche o comportamentali. Queste condizioni possono anche essere il motivo di accesso a vari servizi sanitari, tra cui le unità di Pronto Soccorso o i ricoveri ospedalieri, seguito dal contatto con vari professionisti della salute per diverse necessità assistenziali. In queste situazioni possono amplificarsi i livelli di

stress e manifestazioni comportamentali imprevedibili a causa di difficoltà nella comunicazione ricettiva ed espressiva, ipersensorialità verso stimoli di diversa natura (uditivi, visivi, tattili) e cambiamenti repentini del setting ospedaliero. Ulteriore criticità è la lunghezza dei tempi di attesa e lo scarso coinvolgimento dei genitori nel processo di cura. Attualmente, il personale sanitario di pronto soccorso riceve una formazione minima e ha un'esperienza limitata nel trattamento di persone con ASD. Tali lacune possono aggravare le esperienze, già difficili e complesse, negli ambienti ospedalieri (1,2,6-9) 6-11, 12-15, 16-18 and 19 years and older. Epilepsy emerged as the leading presenting diagnosis among those with Autism spectrum disorder (ASD).

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è, ricercare e sintetizzare i dati della letteratura primaria relativamente alle strategie infermieristiche da attuare per migliorare la presa in carico del bambino affetto da ASD e dei suoi famigliari all'interno delle strutture sanitarie.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto attraverso una revisione e sintesi della letteratura partendo dal modello PIO (I) Outcome (PIO: P (Population): pazienti pediatrici affetti dal ASD che accedono alle cure in ambito ospedaliero; I (Intervention): interventi infermieristici inerenti la comunicazione, la gestione del comportamento (stati d'ansia e aggressività), la gestione dell'ambiente e interventi nell'ambito sociale/pragmatico; O (Outcome): migliorare l'accoglienza e la presa in carico in ospedale del paziente pediatrico con ASD e dei suoi familiari/caregiver per affrontare positivamente tale esperienza. È stata condotta una sintesi della letteratura per individuare gli studi che rispondevano al quesito di ricerca: "Quali sono le migliori strategie infermieristiche da attuare per migliorare la presa in carico del bambino affetto da ASD e dei suoi famigliari all'interno delle strutture sanitarie?". Nella selezione degli studi è stato utilizzato il diagramma di flusso PRISMA (Fig. 1) (11). Le fasi che lo caratterizzano sono: Identificazione (I) dove sono state consultate le banche dati di PubMed, CINHAL e PsycInfo ed effettuata la ricerca libera tramite Google Scholar con le parole chiave (e sinonimi): "Autism", "Care", "Child", "Emergency Department", "Hospital" e "Nurse", combinate fra loro per sviluppare le queries da inserire all'interno delle banche dati identificate. Sono stati individuati 672 articoli di cui 62 rimossi perché non pertinenti al quesito di ricerca; Screening (II) sono stati esclusi 509 articoli per contenuti non pertinenti all'argomento o duplicati. I 101 rimasti sono stati tradotti, analizzati gli abstract e valutati secondo i criteri di inclusione: (a)

pubblicazione entro gli ultimi 15 anni, (b) studi incentrati su interventi nella gestione del bambino con ASD, (c) disponibilità del full text in lingua inglese o italiana. Ne sono stati esclusi 94 poiché non pertinenti; Inclusione (III) sono stati inclusi definitivamente 7 articoli che hanno soddisfatto il quesito di ricerca iniziale, analizzati nel contenuto, è stata creata una tabella riassuntiva (Tab. 1).

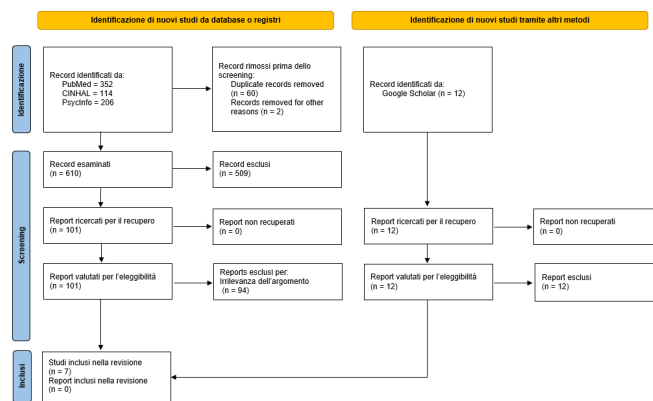


Fig. 1 Diagramma di flusso PRISMA

Autore/anno	Obiettivo	Disegno, campione e metodologie	Risultati
Drake et al., 2012	Valutare la percezione dell'informante dell'efficacia di un intervento basato su un coping kit.	24 infermieri Bambini di età 3-5 anni Studio quantitativo	Gli infermieri hanno risposto che il kit è stato utilizzato per ridurre il bambino durante una procedura (50%). La maggior parte delle volte (22, 91,7%) i genitori erano presenti durante l'uso del kit. 12 infermieri (50%) hanno ritenuto che il coping kit aumenti la disponibilità del bambino a partecipare ad una procedura e (19, 79,2%) hanno ritenuto che aumenti la capacità di gestione del bambino. Gli oggetti più utili per distogliere sono stati i giocattoli masticabili e quello del ventaglio visuale bambino. Gli infermieri hanno ritenuto gli elementi di comunicazione nel coping kit utili ed efficaci con il bambino. 22 infermieri (91,7%) hanno affermato che il bambino ha utilizzato gli strumenti nel kit in modo appropriato. 17 infermieri (70,8%) hanno indicato di aver percepito una riduzione del livello del bambino. 15 infermieri (62,5%) hanno indicato una riduzione dello stress durante l'intervento.
Mahoney et al., 2021	Descrivere le prospettive infermieristiche sulla cura dei bambini con ASD in ospedale, le strategie per supportare l'esistenza e le relazioni tra questi fattori.	103 infermieri di un ospedale pediatrico degli Stati Uniti Studio quantitativo	Gli infermieri dimostrano una conoscenza accurata (90%) delle caratteristiche del ASD. Il personale infermieristico con frequentati interventi con persone con ASD ha riportato un numero significativo di strategie attive con i bambini con ASD.
Gray and Roback, 2021	Presentare, attraverso 3 casi studio di bambini con ASD in emergenza, le sfide per gli operatori sanitari, le strategie efficaci e le opportunità di miglioramento.	3 pazienti pediatrici con ASD Studio qualitativo	I casi hanno evidenziato l'importanza del ruolo del PS dei pazienti con ASD con sfide uniche nel fornire assistenza. Le strategie proposte per facilitare l'assistenza dei bambini con ASD in PS sono state: educazione del personale del PS, modificazione dei processi del PS, richiesta d'assistenza ai genitori/caregiver, sviluppare un piano personalizzato compilato dai caregiver, sviluppare un coping kit per il PS, usare un linguaggio semplice e segnali visivi.
Broder-Fingert et al., 2016	Creare un piano di cura specifico per l'autismo (ACP), per migliorare l'esperienza ospedaliera dei pazienti con ASD, ridurre la faticabilità e l'ansietà e condurre l'esperienza di cura per i bambini con e senza un ACP.	142 pazienti pediatrici con ASD Studio quantitativo	Gli autori hanno sviluppato un piano di cura specifico per l'autismo (ACP) da completare prima del ricovero in ospedale. L'ACP è stato definito efficace da genitori riportando di avere una migliore esperienza di cura (P < 0,001). Rispetto ai genitori che non hanno utilizzato l'ACP, gli autori hanno una migliore esperienza di cura in base alla loro esperienza ospedaliera (P < 0,001) e all'attenzione del personale ai bisogni specifici del bambino con ASD (P < 0,001).
Jolly, 2015	Analizzare le esperienze pediatriche e familiarizzare con l'ASD e creare una risorsa per un trattamento ospedaliero efficace dei bambini con ASD.	1 paziente pediatrico con ASD Studio qualitativo	Lo studio espone 110 suggerimenti: (1) Comprendere il ASD, (2) Facilitare il coinvolgimento della famiglia, (3) Determinare il miglior metodo di comunicazione, (4) La sfida del cambiamento, (5) Facilitare l'utilizzo dei caregiver, (6) Creare un ambiente più sicuro, (7) Identificare i disturbi emotivi e stabilire un sistema di ricompensa, (8) Coinvolgere un team multidisciplinare di esperti nel momento del ricovero, (9) Sostenere la famiglia e incoraggiare a restare, (10) Regolare le aspettative.
Vaz, 2013	Sviluppare una serie di simboli visivi per l'ACP da parte dei genitori e degli operatori sanitari in contesti clinici valutando aderenza e fedeltà.	50 professionisti sanitari di 12 aree cliniche Studio quantitativo	Tutti i 50 professionisti che sono stati consultati hanno ritenuto che i simboli visivi rilevanti li avrebbero aiutati ad aumentare la comprensione della spiegazione verbale fornita in ambito clinico. È possibile creare simboli visivi per rappresentare indagini mediche comuni e procedure di trattamento per andare più facile per questi bambini la comprensione e la preparazione per l'esperienza.
McGonigle et al., 2014	Sviluppare materiali didattici e sessioni di formazione per il personale dei servizi medici di emergenza e del dipartimento di emergenza sull'ASD valutando l'efficacia nell'imporsi conoscenze su questa condizione.	Team di specialisti dell'assistenza ai pazienti con ASD Studio quantitativo	Complessivamente, alle tre sessioni di formazione hanno partecipato 110 addetti ai servizi medici di emergenza e infermieri di emergenza. I partecipanti hanno riportato diverse sfide di età, intenzione e precedente esperienza con i bambini con ASD. Le risposte alle domande del sondaggio per valutare l'efficacia dell'acquisizione di conoscenze ed un maggior comfort dell'assistenza ai pazienti con ASD in ambito pre-ospedaliero o del PS dimostrano una tendenza costantemente significativa (P < 0,05) nell'analisi dei test t a coppie a code singola dopo le conferenze da verso l'acquisizione di conoscenze che verso la sicurezza soggettiva nel rispondere ai bisogni acuti di un paziente con ASD.

Tab. 1 Articoli inclusi nella revisione

Risultati

I risultati emersi dagli studi inclusi forniscono una panoramica delle strategie infermieristiche evidence-based da attuare per migliorare la presa in carico del bambino affetto da ASD e dei suoi famigliari all'interno delle strutture sanitarie. I risultati sono stati riorganizzati in sei aree tematiche, di seguito descritte (Tab. 2).

Autore/anno	Gestione dei comportamenti difficili	Gestione della comunicazione	Gestione degli stimoli sensoriali	Gestione della routine	Inclusione dei caregiver	Formazione del personale sanitario
Drake et al., 2012	X	X	X	X	X	X
Mahoney et al., 2021						X
Gray and Roback, 2021	X		X		X	X
Jolly, 2015	X	X	X	X	X	
Vaz, 2013		X				
Broder-Fingert et al., 2016	X					
McGonigle et al., 2014						X

Tab. 2 Aree tematiche emerse dagli studi inclusi nella revisione della letteratura

Area tematica VI: Formazione del personale sanitario

Programmi di formazione per gli infermieri sulle capacità di gestione del comportamento spesso non sono disponibili negli ospedali(12). Drake e colleghi nel 2012, hanno sottolineato l'importanza di supportare efficacemente i bambini con problemi comportamentali in ospedale con un personale del PS formato sull'ASD e in grado di sviluppare processi di cura adatti alle loro esigenze sensoriali, comportamentali e comunicative(12). Gray e Roback(13), hanno sottolineato la necessità di una specifica educazione del personale del PS sulle sfide linguistiche, comunicative e sociali dei bambini con ASD(13). Nello studio di McGonigle et al.(9) è risultata una scarsa conoscenza delle caratteristiche dell'ASD da parte degli operatori sanitari, portando a cure inefficaci. È stato quindi sviluppato del materiale didattico, strutturato in sessioni di formazione sul ASD, per il personale operante nei contesti di emergenza(9).

Discussione

Questo studio ha identificato le strategie infermieristiche da attuare per migliorare la gestione del bambino con ASD e dei suoi famigliari nelle strutture sanitarie, fornendo indicazioni utili per comprendere i fattori che influenzano la gestione di questi pazienti e per pianificare piani di cura più efficaci. Le principali aree tematiche in letteratura riguardano la necessità: di formare il personale sanitario su strategie e strumenti per gestire adeguatamente il bambino con ASD; di raccogliere informazioni dai genitori/caregiver per sviluppare un piano di cura individualizzato; di utilizzare strumenti a supporto visivo per la comunicazione e strumenti per ridurre gli stimoli sensoriali favorendo la distrazione del bambino; di interventi ambientali per diminuire gli stati di ansia (8,9,12-16). La letteratura primaria frammentata ha offerto una visione generalizzata sugli interventi infermieristici *evidence-based*, per la presa in carico del paziente pediatrico con ASD ed i suoi familiari. Alcuni interventi fondamentali emersi sono: (I) personalizzare il piano di cura del bambino con ASD con un colloquio di valutazione iniziale con i genitori identificando i fattori che aumentano l'agitazione-ansia e capendo come comunica il bambino (9,12-15); (II) adattare l'ambiente per ridurre gli stimoli sensoriali (luce, rumori, odori, ecc.)(12-14,16); (III) utilizzare il *coping kit* e i suoi items, per ridurre agitazione e ansia(12); (IV) utilizzare programmi di immagini giornaliere e mini-routine durante la degenza, avvisando il paziente precedentemente per eventuali cambiamenti(12,14); (V) adoperare sequenze di immagini, storie sociali e supporti visivi per una miglior comunicazione(17). L'implementazione tempestiva delle strategie descritte fin dall'accoglienza da parte del personale infermieristico e

sanitario, potrebbero migliorare la *compliance* del paziente, migliorare la qualità del ricovero o della visita in PS e ridurre il rischio di complicanze(12-15). Lo studio presenta limiti, tra cui la scarsità di materiale sulle strategie e gli interventi per gestire i pazienti con ASD, la mancanza di studi sperimentali sull'efficacia degli strumenti proposti. Un ulteriore limite, sono i criteri di inclusione nella ricerca della letteratura, tra cui il pregiudizio linguistico che ha portato ad esaminare solo gli articoli pubblicati in lingua inglese o italiana.

Conclusioni

In questo studio sono state descritte le strategie infermieristiche da attuare per migliorare la presa in carico del bambino affetto da ASD e dei suoi famigliari all'interno delle strutture sanitarie. In particolare, la letteratura riconosce l'importanza di attuare interventi assistenziali infermieristici quali: utilizzare il *coping kit*, adattare l'ambiente e la routine domiciliare al contesto ospedaliero, utilizzare sequenze di immagini, storie sociali o supporti visivi, per permettere agli infermieri di creare un piano di cura personalizzato, e consentire al bambino con ASD e ai suoi familiari di vivere un'esperienza ospedaliera positiva(8,9,12-14,16,17). Inoltre, la letteratura sottolinea come il personale infermieristico ricopra un ruolo fondamentale nell'individuazione dei bisogni ed esigenze di salute specifici dei bambini affetti da ASD, permettendo di effettuare un'azione assistenziale mirata e specifica per il singolo paziente e determinando una diminuzione dell'ansia e del rischio di creare condizioni di trigger di comportamenti aggressivi(12-15). Il genitore o caregiver risulta essere un punto cardine nel processo di assistenza e di cura del paziente, in quanto voce del bambino e della sua condizione(9,12-14,16). Tuttavia, la letteratura a riguardo è ancora molto poco sviluppata e si rende necessario che gli interventi proposti vengano approfonditi e valutati anche sul piano pratico, in maniera tale da poter permettere la creazione di un protocollo di cura indirizzato a questa categoria di pazienti e successivamente reso individuale e personalizzato.

Bibliografia

1. Iannuzzi DA, Cheng ER, Broder-Fingert S, Bauman ML. Brief Report: Emergency Department Utilization by Individuals with Autism. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(4):1096-102.
2. Milazzo C, Baldini F. La vulnerabilità del bambino con autismo in Pronto Soccorso. *Educ - Pedagog E Psicol* [Internet]. 2021;21(3):17-24. Available from: <https://www.educare.it/j/temi/pedagogia-e-psicologia/4069> Attualmente
3. Baird G, Cass H, Slonims V. Diagnosis of autism. *Br Med J*. 2003;327(7413):488-93.
4. G. Levi, P. Barnabei, A. Froli, S. Grittani, B. Maz-

- zoncini, R. Militeri FN. Società Italiana Di Neuropsichiatria Dell'Infanzia E Dell'Adolescenza. Linee Guida per l'autismo [Internet]. 2015; Available from: http://www.specialeautismo.it/upload/autismo/gestionedocumentale/linee_guida_autismo_SINPIA_784_2128.pdf
5. Ministero della salute [Internet]. 2021. 2022 [cited 2022 Feb 14]. p. 11–4. Available from: [https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute mentale&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=vuoto) (accessed 2.9.24)
6. Nicholas DB, Zwaigenbaum L, Muskat B, Craig WR, Newton AS, Kilmer C, et al. Experiences of emergency department care from the perspective of families in which a child has autism spectrum disorder. *Soc Work Health Care*. 2016;55(6):409–26.
7. Zwaigenbaum L, Nicholas DB, Muskat B, Kilmer C, Newton AS, Craig WR, et al. Perspectives of Health Care Providers Regarding Emergency Department Care of Children and Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(5):1725–36.
8. Mahoney WJ, Villacrusis M, Sompolski M, Iwanski B, Charman A, Hammond C, et al. Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies. *J Spec Pediatr Nurs*. 2021;26(4):1–9.
9. McGonigle JJ, Migyanka JM, Glor-Scheib SJ, Cramer R, Fratangeli JJ, Hegde GG, et al. Development and evaluation of educational materials for pre-hospital and emergency department personnel on the care of patients with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2014;44(5):1252–9.
10. Mezaoui H, Gontcharov A, Gunasekara I. Enhancing PIO element detection in medical text using contextualized embedding. *BioNLP 2019 - SIG-BioMed Work Biomed Nat Lang Process Proc 18th BioNLP Work Shar Task*. 2019;(September):217–22.
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372.
12. Drake J, Johnson N, Stoneck A V., Martinez DM, Massey M. Evaluation of a coping kit for children with challenging behaviors in a pediatric hospital. *Pediatr Nurs*. 2012;38(4):215–21.
13. Gray JM, Roback MG. Case studies of challenges in emergency care for children with autism spectrum disorder. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(12):E1756–8.
14. 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;41(1):11–22.
15. Broder-Fingert S, Shui A, Ferrone C, Iannuzzi D, Cheng ER, Giaque A, et al. A pilot study of autism-specific care plans during hospital admission. *Pediatrics*. 2016;137:S196–204.
16. Vaz I. Visual symbols in healthcare settings for children with learning disabilities and autism spectrum disorder. *Br J Nurs*. 2013;22(3):156–9.
17. Kennedy R, Binns F. Communicating and managing children and young people with autism and extensive burn injury. *Wounds UK*. 2014;10(3):60–5.

Conoscenza e attivazione delle cure palliative nel paziente ematologico affetto da linfoma: una survey del Gruppo Infermieristico della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL)

Knowledge and implementation of palliative care in the hematological patient affected by lymphomas: a survey by Nurse Group of Italian Lymphoma Foundation (GiFIL)

Ingrosso Filippo¹, Leone Marianna², Colalelli Michela³, Longo Zaira⁴, Manzo Daniela⁵, Olivazzi Federica⁶, Saracino Lucia⁷, Zoboli Valentina⁸, Nepoti Giuliana⁴

¹Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano, Italia

²Ospedale Valduce – Como, Italia

³Fondazione IRCCS Policlinico Universitario Agostino Gemelli – Roma, Italia

⁴IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola – Bologna, Italia

⁵Ospedale Civile di Pescara – Pescara, Italia

⁶ASST Spedali Civili di Brescia – Brescia, Italia

⁷Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano, Italia

⁸Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo – Pavia, Italia

Abstract

Introduzione: Ad oggi, i pazienti affetti da linfoma continuano ad esperire sintomi che peggiorano la qualità della loro vita, sebbene gli outcome relativi alla sopravvivenza siano migliorati.

In letteratura è stato reperito un numero limitato di studi inerenti alle cure simultanee e palliative nella popolazione in esame e tutti evidenziano una lacuna nell'utilizzo a fronte dei benefici che il paziente, la famiglia/caregiver e il Servizio Sanitario potrebbero ricavare. Questo studio ha come obiettivo quello di indagare come viene affrontato e gestito l'aspetto delle cure palliative nel paziente affetto da linfoma nel contesto italiano. Comprendere tali dinamiche sarebbe utile al fine di uniformare la pratica clinico-assistenziale alle più recenti evidenze scientifiche con lo scopo di migliorare gli outcome del paziente e della famiglia/caregiver relativi alla qualità della vita.

Metodi: È stato condotto uno studio descrittivo trasversale multicentrico mediante la somministrazione di un questionario di 19 item realizzato dal Gruppo Infermieristico della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL) e rivolto a medici e infermieri delle Unità Operative di Ematologia afferenti alla Fondazione Italiana Linfomi (FIL).

Risultati: Dall'indagine sono pervenuti 135 questionari debitamente compilati provenienti da tutto il territorio italiano. I professionisti hanno dichiarato mediamente di conoscere "Abbastanza" le cure palliative (48%) e di aver "Raramente" partecipato a corsi di formazione inerenti (28.9%). L'intervento del medico o infermiere palliativista viene richiesto nella maggior parte dei casi "A volte".

Conclusioni: È emersa una scarsa applicazione delle cure palliative nelle realtà italiane e una insufficiente conoscenza nonché un utilizzo frammentario delle *simultaneous care*. Al fine di uniformare la pratica clinica alle più recenti evidenze scientifiche e alla normativa vigente, si potrebbero organizzare dei corsi di formazione specifici e multidisciplinari, dotare le Unità Operative di PDTA e prevedere una rete tra i percorsi intra e extraospedalieri con le Unità di Cure Palliative Domiciliari, i medici di medicina generale e gli infermieri di famiglia.

Parole chiave: linfoma, cure palliative, cure simultanee, fine vita, qualità della vita.

Abstract

Introduction: Although survival outcomes have improved, patients with lymphoma continue to experience symptoms that worsen their quality of life. A limited number of studies relating to simultaneous and palliative care in this population of patients have been found in the literature. All of these works highlight a gap in use given the benefits that the patient, family/caregiver and the Health Service could obtain. This study aims to investigate how the aspect of palliative care is addressed and managed in patients suffering from lymphoma in the Italian context. Understanding these dynamics would be useful in order to align clinical care practice with the most recent scientific evidence with the aim of improving patient and family/caregiver outcomes relating to quality of life.

Methods: A multicenter cross-sectional descriptive study was conducted through the administration of a 19-item questionnaire created by Nurse Group of Italian Lymphoma Foundation (GiFIL) and aimed at physician and nurses of the Hematology Operating Units belonging to the Italian Lymphoma Foundation (FIL).

Results: From the survey, 135 duly completed questionnaires were received from all over Italy. The professionals declared on average that they know “Quite a lot” about palliative care (48%) and that they have “Rarely” participated in related training courses (28.9%). The intervention of the palliative care doctor or nurse is required in most cases “Sometimes”.

Conclusions: A poor application of palliative care in Italian contexts and an insufficient knowledge as well as a fragmented use of simultaneous care have emerged. In order to align clinical practice with the most recent scientific evidence and current legislation, specific and multidisciplinary training courses could be organised, the Operational Units could be equipped with PDTA and a network between intra- and extra-hospital pathways with the Palliative Care Units could be envisaged. Home care workers, general practitioners and family nurses.

Keywords: lymphoma, palliative care, supportive care, end of life, quality of life.

Background

Negli ultimi anni, gli outcome relativi alla sopravvivenza del paziente affetto da linfoma sono migliorati grazie all'innovazione dei trattamenti chemioterapici, all'impiego di anticorpi monoclonali, degli anticorpi bispecifici, del trapianto di cellule staminali emopoietiche e della tecnologia CAR-T [1, 2]. Nonostante questi significativi progressi che migliorano l'aspettativa di vita, i pazienti con linfoma continuano ad esperire una serie di sintomi fisici e psichici che peggiorano la qualità della vita [3].

Le cure palliative comprendono tutte le attività di assistenza attiva e olistica nei confronti di persone di tutte le età con gravi sofferenze di salute dovute a malattie gravi, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti, delle loro famiglie e di chi presta loro assistenza [4]. Negli ultimi anni le cure palliative sono passate da essere attivate tipicamente nel periodo appena antecedente la morte ad essere integrate idealmente nel percorso di presa in carico del paziente, prendendo il nome di cure supportive o simultanee [5, 6, 7]. Recenti *evidence* scientifiche dimostrano che l'attivazione integrata e precoce delle cure palliative riduce l'esacerbazione dei sintomi, migliora il tono dell'umore, la qualità della vita del paziente e il benessere della famiglia/caregiver [8, 9].

Riduce inoltre le probabilità di cure intensive durante il fine vita, le ospedalizzazioni ripetute, i costi per il sistema sanitario e allevia il dolore del lutto per i familiari/caregiver [3, 7].

La letteratura concorda sul fatto che le cure palliative non siano ancora parte integrante della routine di presa in carico del paziente con patologie ematologiche [6, 9, 10]. Tra i fattori che influenzano negativamente l'impiego delle cure palliative vi è la credenza che esse siano le cure del fine vita [11]. Per i clinici può risultare difficoltoso proporre al paziente le cure palliative e attualmente non sono presenti *check list* o indicatori standardizzati che suggeriscano quando è inequivocabilmente opportuna l'attivazione [3, 11].

È stato reperito un numero limitato di studi inerenti alle cure palliative nei pazienti affetti da linfoma [3, 12, 13, 14]: tutti evidenziano una lacuna nell'utilizzo a fronte dei benefici che il paziente, la famiglia/caregiver e il Servizio Sanitario potrebbero ricavare.

Obiettivo

Questo studio ha come obiettivo quello di indagare come viene affrontato e gestito l'aspetto delle cure palliative nel paziente affetto da linfoma nel contesto italiano. Comprendere tali dinamiche sarebbe utile al fine di uniformare la pratica clinico-assistenziale alle più recenti *evidence* scientifiche, con lo scopo di migliorare gli outcome del paziente e della famiglia/caregiver relativi alla qualità della vita.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio multicentrico descrittivo che ha coinvolto gli Infermieri e i Medici di Area Ematologica dei centri FIL coinvolti nell'assistenza al paziente con linfoma su tutto il territorio nazionale.

La raccolta dati si è svolta secondo i criteri etici e normativi dichiarati dalle Linee Guida Etiche Internazionali per la Conduzione della Ricerca Biomedica sugli Esseri Umani, dalle Linee Guida per la Buona Pratica Clinica e dalla Dichiarazione di Helsinki ed è avvenuta nel pieno rispetto delle individualità dei partecipanti e delle *good clinical practice*, in base al D.M. 15/07/1997, secondo le disposizioni legislative del Titolo IV del Codice della Privacy, in base al decreto legislativo n. 322 del 6 Settembre 1989 e decreto legislativo n.135, dell'11 Maggio 1999.

Lo studio si è svolto rispettando i criteri etici e normativi internazionali ed è stato garantito l'anonimato. La partecipazione alla survey è avvenuta su base volontaria e tutti i partecipanti hanno prestato il consenso informato all'atto della compilazione del questionario; a tutti i partecipanti è stato garantito l'anonimato. Il campionamento è stato di tipo propositivo e non ha comportato alcun onere per i partecipanti. Sono stati

inclusi nello studio infermieri e medici che al momento della compilazione del questionario lavoravano in Unità Operative di Ematologia Adulti degenza o ambulatorio/day hospital. Sono stati esclusi infermieri e medici che al momento della compilazione del questionario non lavoravano in Unità Operative di Ematologia adulti e non erano coinvolti in maniera diretta nell'assistenza al paziente con linfoma. I dati sono stati raccolti nel periodo 28 luglio-11 settembre 2023.

La raccolta dati è avvenuta attraverso un questionario redatto ex novo dal gruppo di lavoro del GIFIL, mediante brainstorming e consenso del gruppo di ricerca composto da 10 Infermieri esperti. Per la realizzazione del questionario è stato fatto riferimento alle più recenti linee guida e *evidence* scientifiche.

La validità di contenuto è stata verificata consultando la letteratura scientifica e un gruppo di esperti, mentre la validità di facciata è stata testata somministrando il questionario a due medici ematologi e due infermieri che hanno verificato la facilità di compilazione e la chiarezza delle domande.

Il questionario è composto da 19 item a risposta chiusa, di cui 4 offrono la possibilità di integrare informazioni. La prima sezione è finalizzata a raccogliere dati di contesto quali la professione, la sede lavorativa, gli anni di esperienza nell'ambito specifico e il genere (item 1-4). La seconda sezione è finalizzata a descrivere la conoscenza e le modalità attraverso cui vengono approcciate le cure palliative/supportive e il fine vita, nonché il livello di conoscenza delle tematiche a riguardo (item 6-27). Il questionario è stato sviluppato attraverso l'applicativo Moduli Google ed è stato diffuso tramite mail agli infermieri e medici in servizio presso i centri FIL. Ogni partecipante poteva compilare il questionario una sola volta. Il tempo stimato per la compilazione è stato di circa dieci minuti. Le risposte dovevano rappresentare le politiche locali e rispecchiare fedelmente la pratica attuale.

Le risposte al questionario sono state trasferite in un foglio di calcolo Excel ed è stata condotta un'analisi descrittiva dei dati: sono stati impiegati indici di tendenza centrale e di dispersione, frequenze assolute e frequenze percentuali. Grafici e tabelle sono stati impiegati per sintetizzare i risultati. Le analisi dei dati sono state eseguite utilizzando il software Microsoft Excel.

Risultati

Sono stati inviati 1214 questionari e ne sono pervenuti 135 debitamente compilati. Il *Response Rate* è del 11.1%. I questionari sono stati compilati per il 61.5% da infermieri (n=83) e per il 38.5% da medici (n=52) provenienti da 58 Centri Ematologici Italiani. L'11.8% dei professionisti (n=16) lavora in un centro trapianti, il 24.4% lavora in Day Hospital/Ambulatorio (n=33) e il 63.7% lavora in

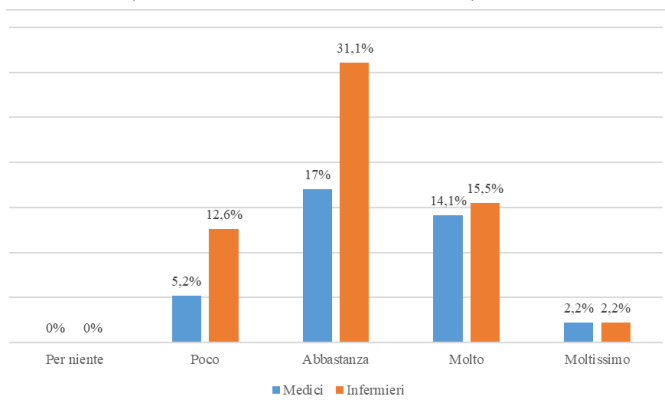
Degenza (n=86). Tra i professionisti il 30.4% (n=41) sono di genere maschile e il 68.9% di genere femminile (n=93); lo 0.7% (1 partecipante) "Preferisce non dichiarare".

Tab. 1: Caratteristiche del campione

	Frequenza relativa		Frequenza percentuale	
	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri
Genere				
Maschi	26	15	19.2	11.1
Femmine	25	68	18.5	50.4
Non dichiarato	1	0	0.7	0
Setting lavorativo				
Degenza	37	49	27.4	36.3
Trapianto	2	14	1.5	10.4
DH/ambulatorio	13	20	9.6	14.8
Esperienza lavorativa				
< 5 anni	11	21	8.1	15.5
6-10 anni	6	8	4.4	5.9
11-20 anni	15	23	11.1	17
>20 anni	20	30	14.8	22.2

Tra i professionisti, alla domanda "Conosce le cure palliative?" il 19.2% (n=24) ha risposto "Poco", il 48.1% (n=65) "Abbastanza", il 29.6% (n=40) "Molto", il 4.4% (n=6) "Moltissimo". I valori medi dell'item per infermieri e medici sono 3.08 (DS 0.70) e 3.28 (DS 0.70), rispettivamente.

Graf. 1: Risposte all'item: "Conosce le cure palliative?"



Alla domanda "Ha mai partecipato a corsi di aggiornamento/formazione dedicati alle cure palliative e all'assistenza al paziente terminale?" il 31.9% dei partecipanti (n=43) ha risposto "Mai", il 28.9% (n=39) "Raramente", il 26.7% (n=36) "A volte", il 10.4% (n=14) "Spesso", il 2.2% (n=3) "Ho frequentato un master di cure palliative (PC) di 1 o 2 livello". I valori medi dell'item

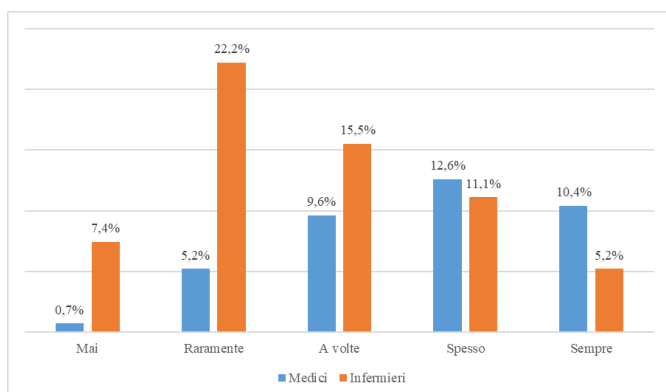
per infermieri e medici sono 2.36 (DS 1.05) e 1.86 (DS 0.89), rispettivamente.

Alla domanda "In previsione della sopravvivenza del paziente inferiore ad 1 anno, vengono proposte le cure palliative/di supporto?" il 5.9% degli infermieri (n=8) ha risposto "Mai"; il 36.3% (n=49) "Raramente"; il 10.4% dei medici (n=14) e 25.9% degli infermieri (n=35); il 29.6% (n=40) dei partecipanti ha risposto "A volte"; il 13.3% dei medici (n=18) e il 16.3% degli infermieri (n=22); il 23.7% (n=32) "Spesso"; il 12.6% dei medici (n=17) e l'11.1% degli infermieri (n=15); il 4.4% (n=6) "Sempre"; il 2.2% dei medici (n=3) e il 2.2% degli infermieri (n=3). I valori medi dell'item per infermieri e medici sono 2.64 (DS 1.01) e 3.18 (DS 0.90), rispettivamente.

Alla domanda "Nella sua Unità Operativa viene richiesto l'intervento del medico o infermiere palliativista?" il 20.0% (n=27) dei professionisti ha risposto "Mai"; il 3.7% dei medici (n=5) e il 16.3% degli infermieri (n=22); il 25.2% (n=34) "Raramente"; il 6.7% dei medici e il 18.5% degli infermieri (n=25); il 40.7% (n=55) "A volte"; il 17.0% dei medici (n=23) e il 23.7% degli infermieri (n=32); l'11.9% (n=16) "Spesso"; il 9.6% dei medici (n=13) e il 2.2% degli infermieri (n=3); il 2.2% (n=3) "Sempre"; l'1.5% dei medici (n=2) e lo 0.7% degli infermieri (n=1). I valori medi dell'item per infermieri e medici sono 2.23 (DS 0.93) e 2.96 (DS 0.99), rispettivamente.

Alla domanda: "Nel suo centro viene condiviso il piano delle cure e la gestione del fine vita con il paziente e la famiglia?" le risposte sono state: per l'8.1% (n=11) degli intervistati "Non vengono mai condivisi", per il 27.4% (n=37) sono "Condivisi raramente", per il 25.2% (n=34) "A volte", per il 23.7% (n=32) vengono "Condivisi spesso", per il 15.5% dei rispondenti (n=21) "Sempre". I valori medi dell'item per infermieri e medici sono 2.75 (DS 1.15) e 3.69 (DS 1.08), rispettivamente.

Graf. 2: risposta all'item: "Nel suo centro viene condiviso il piano delle cure e la gestione del fine vita con il paziente e la famiglia?"



È stato chiesto ai partecipanti quali siano, secondo la loro opinione, le difficoltà nel condividere il piano delle cure

e la gestione del fine vita con il paziente e la famiglia. La difficoltà maggiormente dichiarata è stata la "Mancata accettazione del fine vita" (57.8%); seguono le "Resistenze dei professionisti" (49.6%), la "Decisione della famiglia" (27.4%), la "Delega dello stato di salute del paziente ad altri" (17%) e la "Richiesta del paziente di non condividere il piano delle cure con il team assistenziale" (3.7%). Altre risposte fornite sono state: le barriere culturali (3%), la mancanza di una corretta informazione al paziente e alla famiglia (1.5%), le dinamiche organizzative (3.0%) e la mancanza di risorse umane (0.7%).

Alla domanda: "Sa cosa si intende per DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) in base alla Legge n. 219 del 22 dicembre 2017?" il 65.2% (n=88) dei partecipanti ha fornito una risposta affermativa e il 34.8% (n=47) negativa.

Discussione

La discussione di questo lavoro porta a diverse riflessioni, partendo dalla conoscenza e consapevolezza del significato delle cure palliative e alla loro effettiva applicabilità, per poi passare alle motivazioni per cui nella realtà clinica non ci sia la dovuta considerazione. Il tema delle cure palliative nei pazienti ematologici, ad oggi, testimonia con molteplici evidenze come la transizione ad un percorso di cure palliative avvenga con maggiore difficoltà rispetto ai pazienti affetti da tumori solidi. Nonostante questa considerazione oggettiva, dovuta anche alla storia naturale delle patologie ematologiche, oltre l'82% dei rispondenti, sia medici che infermieri, dichiara di conoscere le cure palliative e poco più dell'88% mette in evidenza la consapevolezza dell'importanza dell'attivazione delle cure simultanee, delle cure supportive e delle cure palliative specialistiche [5, 6, 7], ma solo il 32% dichiara di applicarle mettendo in evidenza le diverse criticità nello loro effettiva applicabilità [6, 9, 10].

Nelle successive riposte si osserva un approccio carente al tema delle cure palliative, previsto dalle principali linee guida internazionali e nazionali, garantendo l'efficacia della qualità della vita del paziente in ogni fase di malattia, anticipandone i bisogni specie nella fase avanzata e garantendo il più idoneo luogo di cura. Infatti, si osserva che solo il 40% dei rispondenti ha dichiarato di chiedere l'intervento dell'equipe di cure palliative ogni qualvolta ce ne sia la necessità, mentre il resto dei rispondenti ha dichiarato nella maggior parte dei casi di chiedere il supporto solo qualche volta. Questo aspetto necessita di essere consolidato maggiormente in particolare modo con l'attivazione delle cure simultanee inteso come una integrazione precoce tra le terapie ematologiche attive e le cure palliative, dal momento della presa in carico del paziente.

Per far sì che i pazienti ne possano percepire il massimo

beneficio, le cure palliative devono essere avviate il più precocemente possibile. Se vengono attivate a ridosso della fase finale della vita, riescono solo in piccola parte a dimostrare la loro efficacia [3, 11].

Le cure palliative e simultanee vanno identificate nei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e considerate come un percorso condiviso e imprescindibile nella presa in carico dei malati ematologici.

Le difficoltà dichiarate nella corretta attivazione delle cure palliative, della integrazione precoce delle stesse sono imputabili, a volte, al sistema organizzativo, alla poca consapevolezza del paziente e della famiglia della diagnosi nonché della prognosi. Come tutti i pazienti affetti da malattia ematologica che hanno diritto alle migliori cure in base alle evidenze scientifiche, allo stesso tempo coloro che si trovano nella fase ultima della vita hanno il diritto di accedere a tutte le informazioni disponibili e alla prognosi più realistica possibile. Tuttavia, potrebbero dover dire chiaramente di preferire tali informazioni piuttosto che una stima eccessivamente ottimistica.

Altro aspetto da considerare riguarda la formazione, in particolare la frequentazione di corsi di aggiornamento dedicati al tema delle cure anticipate e alle cure palliative stesse. Infatti, osserviamo che ben il 32% dei rispondenti dichiara di non avervi mai partecipato, mentre poco oltre il 55% dichiara di parteciparvi alcune volte. In entrambi i casi si disattendono le indicazioni dell'articolo 8 della legge n. 38 del 2010 che ne dispone la frequentazione prevedendo l'aggiornamento e la formazione periodica.

Conclusioni

Dalla survey condotta è emersa una scarsa applicazione delle cure palliative nelle realtà italiane e una insufficiente conoscenza nonché un utilizzo frammentario delle *simultaneous care*. Al fine di uniformare la pratica clinica alle più recenti *evidence* scientifiche e alla normativa vigente, si potrebbero organizzare corsi di formazione specifici e multidisciplinari. Tali corsi dovrebbero formare/aggiornare i partecipanti sull'importanza delle cure palliative e simultanee e fornire gli strumenti per applicare quanto appreso nella pratica clinica quotidiana. Sarebbe utile che le Unità Operative si dotassero di PDTA e che questi fossero condivisi tra tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico della persona, al fine di portare chiarezza su ruoli, funzioni, modalità operative e tempistiche. Sarebbe opportuno inoltre prevedere una rete tra i percorsi intra ed extraospedalieri con le Unità di Cure Palliative Domiciliari, i medici di medicina generale e gli infermieri di famiglia. I professionisti dovrebbero attivarsi al fine di sdoganare la credenza secondo la quale le cure palliative sono esclusive del fine vita e informare e coinvolgere adeguatamente i pazienti

e la famiglia/caregiver a riguardo. L'attivazione precoce delle cure supportive e palliative potrebbe migliorare gli *outcome* di presa in carico in termini di qualità delle cure erogate, appropriatezza, efficacia, maggior soddisfazione da parte dell'utente, della famiglia/caregiver e anche dei professionisti.

Per quanto concerne le prospettive future, si potrebbero pianificare degli studi pre e post-intervento, al fine di valutare l'introduzione precoce delle cure simultanee e palliative in termini di qualità della vita del paziente e della famiglia/caregiver, soddisfazione degli utenti e dei professionisti del *team* di presa in carico e indagare i livelli di stress lavorativo negli infermieri e medici che assistono pazienti nel periodo del fine vita.

Limiti e punti di forza

Uno dei limiti dello studio può essere rappresentato dalla numerosità campionaria. Tra i punti di forza si hanno il rigore metodologico e il fatto che il campione proviene da centri disseminati su tutto il territorio nazionale, il che rende i risultati rappresentativi della realtà italiana.

Bibliografia

1. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Linee guida LINFOMI; 2018
2. European Hematology Association (EHA). The EBMT/EHA CAR-T Cell Handbook; 2022
3. Odejide OO. Strategies for introducing palliative care in the management of relapsed or refractory aggressive lymphomas. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2020; 2020(1):148-153
4. Radbruch L, De Lima L, Knäul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, Blanchard C, Bruera E, Buitrago R, Burla C, Callaway M, Munyoro EC, Centeno C, Cleary J, Connor S, Davaasuren O, Downing J, Foley K, Goh C, Gomez-Garcia W, Harding R, Khan QT, Larkin P, Leng M, Luyirika E, Marston J, Moine S, Osman H, Pettus K, Puchalski C, Rajagopal MR, Spence D, Spruijt O, Venkateswaran C, Wee B, Woodruff R, Yong J, Pastrana T. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60(4):754-764
5. Hui D, Park M, Liu D, Reddy A, Dalal S, Bruera E. Attitudes and beliefs toward supportive and palliative care referral among hematologic and solid tumor oncology specialists. *Oncologist* 2015; 20(11):1326-32
6. Wedding U. Palliative care of patients with haematological malignancies: strategies to overcome difficulties via integrated care. *Lancet Healthy Longev* 2021; 2(11):e746-e753
7. Cheng HWB, Lam KO. Supportive and palliative care in hemato-oncology: how best to achieve seamless

- integration and subspecialty development? Ann Hematol 2021; 100(3):601-606
8. LeBlanc TW, Roeland EJ, El-Jawahri A. Early palliative care for patients with hematologic malignancies: is it really so difficult to achieve? Curr Hematol Malig Rep 2017; 12(4):300-308
 9. Prod'homme C, Touzet L, Pierrat M, Chevalier L, Lesaffre H, Berthon C, Coiteux V, Barbieux S, Beauvais D, Bauschert L, De Charette M, Goursaud L, Manier S, Facon T. Can palliative care consultation increase integration of palliative care for patients with hematologic malignancies? Blood Adv 2021; 5(8):2123-2127
 10. Ferraz LFM, Ferreira APS, Guimarães TVV, de Melo Campos P. Early integration of palliative care in hematology: an urgency for patients, a challenge for physicians. Hematol Transfus Cell Ther 2022; 44(4):567-573
 11. LeBlanc TW, El-Jawahri A. Hemato-oncology and palliative care teams: is it time for an integrated approach to patient care? Curr Opin Support Palliat Care 2018; 12(4):530-537
 12. Beynon T, Radcliffe E, Child F, Orlowska D, Whittaker S, Lawson S, Selman L, Harding R. What are the supportive and palliative care needs of patients with cutaneous T-cell lymphoma and their caregivers? A systematic review of the evidence. Br J Dermatol 2014; 170(3):599-608
 13. Morikawa M, Shirai Y, Ochiai R, Miyagawa K. Barriers to the collaboration between hematologists and palliative care teams on relapse or refractory leukemia and malignant lymphoma patients' care: a qualitative study. Am J Hosp Palliat Care 2016; 33(10):977-984
 14. Morisaku M, Ito K, Shimomura T, Maeda S, Mori M, Toyosato S, Ando Y, Koseki T, Kawahara M, Tomita A, Yamada S. Early palliative care improves overall survival in patients with lymphoma: a single-institution retrospective study. In Vivo 2022; 36(6):2910-2917
4. Genere
 - o M
 - o F
 - o Preferisco non dichiarare
 5. Conosce le cure palliative?
 - o Per niente
 - o Poco
 - o Abbastanza
 - o Molto
 - o Moltissimo
 6. Conosce le *simultaneous care*?
 - o Per niente
 - o Poco
 - o Abbastanza
 - o Molto
 - o Moltissimo
 7. Secondo lei, qual è la definizione più corretta di cure palliative?
 - o L'insieme dei trattamenti rivolti ai malati inguaribili al fine di gestire il dolore
 - o Presa in carico globale al fine di raggiungere una migliore qualità di vita per i pazienti non responsivi ai trattamenti farmacologici e per le loro famiglie
 - o Insieme di interventi finalizzati ad alleviare sia i sintomi fisici della malattia, sia quelli psicologici
 - o Non so rispondere alla domanda
 8. Secondo lei, qual è la definizione più corretta di Simultaneous care?
 - o Sono trattamenti curativi somministrati insieme alle cure palliative
 - o Sono le cure che consentono di ottenere una migliore qualità della vita, un miglior controllo dei sintomi, una riduzione della depressione e dell'ansia, un minore stress emotivo dei caregiver
 - o Sono un modello di integrazione precoce e tempestiva delle cure palliative nel percorso di cura di una patologia
 - o Non so rispondere alla domanda
 9. Ha mai partecipato a corsi di aggiornamento/ formazione dedicati alle cure palliative e all'assistenza al paziente terminale?
 - o Mai
 - o Raramente
 - o A volte
 - o Spesso sempre
 - o Ho frequentato un master di cure palliative di I o 2 livello
 10. Secondo lei, in Italia è abbastanza diffusa la cultura delle cure palliative in ambito ematologico?
 - o Per nulla
 - o Poco
 - o Abbastanza
 - o Molto
 - o Moltissimo

ALLEGATO I

Questionario:

INDAGINE SULLA CONOSCENZA E

L'ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE NEL

PAZIENTE EMATOLOGICO AFFETTO DA LINFOMA

1. Professione
 - o Medico
 - o Infermiere
2. Unità operativa
 - o Unità Operativa Ematologia-Centro Trapianti
 - o Day Hospital
3. Esperienza lavorativa
 - o 0 – 5 anni
 - o 6 – 10 anni
 - o 11 – 20 anni
 - o +20 anni

11. In previsione della sopravvivenza del paziente inferiore ad un anno, vengono proposte le cure palliative / le cure di supporto?
- ☐ Mai
 - ☐ Raramente
 - ☐ A volte
 - ☐ Spesso
 - ☐ Sempre
12. Nel vostro centro viene utilizzata una scala di valutazione multidimensionale per misurare il bisogno di cure palliative?
- ☐ Mai
 - ☐ Raramente
 - ☐ A volte
 - ☐ Spesso
 - ☐ Sempre
 - ☐ Se sì, quale _____
13. Nella sua unità operativa viene richiesto l'intervento del medico o infermiere palliativista?
- ☐ Mai
 - ☐ Raramente
 - ☐ A volte
 - ☐ Spesso
 - ☐ Sempre
14. Quando viene richiesto l'intervento del medico o infermiere palliativista?
- ☐ Mai
 - ☐ Diagnosi
 - ☐ Sospensione terapia per progressione malattia
 - ☐ Dopo valutazione attraverso la scala multidimensionale
 - ☐ Comparso del dolore non controllato
 - ☐ In caso di malattia recidivata/refrattaria pluritratta
 - ☐ Altro _____
15. Se ha risposto "Mai" alla domanda precedente, quali sono secondo te le resistenze alla scarsa adesione alle cure palliative?
- _____
- _____
16. Nel suo centro esiste un percorso di cure palliative strutturato che viene condiviso all'interno del team multidisciplinare?
- ☐ Sì
 - ☐ No
17. Ha mai ricevuto formazione specifica sulla comunicazione delle cattive notizie?
- ☐ Sì
 - ☐ No
18. Secondo lei è aumentata la consapevolezza nei confronti delle cure del fine vita in Ematologia dopo la legge n. 38/2010?
- ☐ Per nulla
 - ☐ Poco
 - ☐ Abbastanza
 - ☐ Molto
 - ☐ Moltissimo
19. Nel suo centro viene condiviso il piano delle cure e la gestione del fine vita con il paziente e la famiglia?
- ☐ Mai
 - ☐ Raramente
 - ☐ A volte
 - ☐ Abbastanza
 - ☐ Sempre
20. Quali sono, secondo lei, le difficoltà nel condividere il piano delle cure e la gestione del fine vita con il paziente e la famiglia? *rendere domanda multi-opzionale
- ☐ Resistenze dei professionisti
 - ☐ Decisione della famiglia
 - ☐ Richiesta del paziente di non condividere il piano delle cure con il team assistenziale
 - ☐ Delega dello stato di salute del pz ad altri
 - ☐ Mancata accettazione del fine vita
 - ☐ Altro _____
21. Se esiste, come si accede alla rete territoriale delle cure palliative a domicilio, ambulatoriali o residenziali (hospice)?
- ☐ Non saprei
 - ☐ Attraverso un percorso strutturato
 - ☐ Non esiste
 - ☐ Esiste ma non prevede un percorso definito
22. Esiste l'attivazione delle simultaneous care del paziente in trattamento attivo?
- ☐ Non saprei
 - ☐ Attraverso un percorso strutturato
 - ☐ Non esiste
 - ☐ Esiste ma non prevede un percorso definito
23. Quanti pazienti in trattamento attivo in un anno nella sua unità operativa vengono presi in carico dagli specialisti in cure palliative?
- ☐ 0%
 - ☐ 10%
 - ☐ 25%
 - ☐ 50%
 - ☐ 75%
 - ☐ 100%

24. I pazienti seguiti dagli specialisti delle cure palliative vengono valutati solo per il dolore?
- Mai
 - Raramente
 - A volte
 - Abbastanza
 - Sempre
25. Sa cosa si intende per DAT (Disposizioni anticipate di trattamento) in base alla legge 22 dicembre 2017?
- _____
- _____
26. Il modello delle *simultaneous care* in contemporanea alle cure attive per la patologia ematologica, è un approccio che viene applicato/considerato nella Sua Unità operativa?
- Sì
 - No
- A volte
 - Non le conosco
 - C'è resistenza da parte dei pazienti/parenti
 - Non c'è la visione di proporre cure palliative quando ci sono ancora possibilità terapeutiche attive
 - Il servizio di cure palliative non può supportare/ sostenere la quantità di pazienti ematologici in cura presso la mia realtà lavorativa
27. Ritiene che nel suo centro ematologico sia valutato in modo corretto il momento in cui sospendere i trattamenti terapeutici nei pazienti con malattia non responsiva?
- Sì
 - No
 - Troppo spesso si persiste con i trattamenti anche in pazienti nella ultima fase della loro vita

La percezione degli studenti in Infermieristica relativamente alla sicurezza del paziente. Una revisione narrativa della letteratura

Nursing students' perceptions about patient safety. A narrative review

Leon Garcia Jesus Francisco Javier¹, Maugeri Federica², Sorrenti Alessia¹

¹Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico

²Università degli Studi di Milano

Abstract in Italiano

Introduzione: La sicurezza del paziente è una priorità nella pratica clinica volta a ridurre i rischi e gli errori nelle cure sanitarie. La gestione del rischio clinico è essenziale per promuovere una cultura della sicurezza per pazienti e operatori. Tuttavia, la formazione degli studenti di infermieristica spesso non integra adeguatamente la sicurezza del paziente nei curricula universitari. L'obiettivo di questa revisione è individuare quale sia la percezione degli studenti in infermieristica riguardo il rischio clinico e la sicurezza del paziente.

Metodi: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura da maggio a luglio 2024. Sono stati utilizzati criteri di inclusione ed esclusione specifici per selezionare articoli dalla banca dati PubMed.

Risultati: Sono stati selezionati otto articoli che hanno esaminato vari aspetti della percezione del rischio e delle competenze sulla sicurezza del paziente tra gli studenti infermieri. Gli studi selezionati provengono da diverse nazioni, tra cui Canada, Iran, Turchia, Israele, Stati Uniti e Spagna. I risultati evidenziano che gli studenti del quarto anno di infermieristica hanno una percezione varia del rischio clinico e delle competenze acquisite. In particolare, è emersa l'importanza di migliorare la formazione teorica e pratica per garantire un'adeguata somministrazione della terapia farmacologica e la gestione degli errori. Le percezioni degli studenti riguardano principalmente le loro attitudini, la formazione, esperienza pratica, comunicazione tra professionisti e la segnalazione degli errori.

Conclusioni: La formazione sulla sicurezza del paziente rimane un aspetto importante per gli studenti di infermieristica. È necessario integrare i concetti di sicurezza nei curricula formativi e superare le barriere educative esistenti. Promuovere una cultura della sicurezza e migliorare la comunicazione e la collaborazione nei team sanitari può ridurre significativamente i rischi clinici e migliorare la sicurezza del paziente.

Parole chiave: "risk management", "errori terapeutici", "studenti infermieri"

Abstract in Inglese

Introduction: Patient safety is a priority in clinical practice intended to reduce risks and errors in healthcare. Clinical risk management is essential to promote a safety culture for patients and providers. However, nursing student education often does not adequately integrate patient safety into nursing students' curricula. The review's aim is to identify which is the nursing student's perception about clinical risk and patient safety.

Methods: It was conducted a narrative review of the literature from May 2024 to July 2024. Specific inclusion and exclusion criteria were used to select articles from the PubMed database.

Results: A total of eight articles were selected and examined various aspects of risk perception and patient safety skills among nursing students. These studies were conducted in nations including Canada, Iran, Turkey, Israel, United States and Spain. Findings show fourth year nursing students have varied perceptions of clinical risk and acquired skills. In particular, the importance of improving theoretical and practical training to ensure proper pharmacological therapy administration and error management has emerged. Students' perceptions are mainly related to their attitudes, training, practical experience, communication among professionals, and error reporting.

Conclusions: Patient safety education is fundamental for nursing students. Integrating safety concepts into educational curricula and overcoming existing educational barriers is needed. Fostering a safety culture and improving communication and collaboration in healthcare teams can significantly reduce clinical risks and improve patient safety.

Parole chiave: "risk management", "therapeutic errors", "nursing students"

MANOSCRITTO

BACKGROUND

La sicurezza del paziente rappresenta un insieme di attività organizzate con l'obiettivo di sviluppare processi, procedure, comportamenti, cultura, tecnologie e ambienti clinici che riducano in modo consistente e continuo i rischi, diminuendo la probabilità di errore e mitigandone l'impatto quando si verificano^[1].

La gestione integrata del rischio nella pratica clinica promuove la cultura della salute accessibile sia ai pazienti che agli operatori. A livello organizzativo ed economico, questa gestione si traduce in una riduzione dei costi associati al numero e valore economico delle prestazioni, favorendo la destinazione delle risorse verso interventi di sviluppo organizzativo^[1,2].

La letteratura indica che le pratiche assistenziali non sicure possono causare danni temporanei o permanenti, con conseguenze quali disabilità e/o decesso dei pazienti. Si stima che nei paesi a basso e medio reddito, la probabilità di verificarsi tali eventi sia di 1 su 4 persone, mentre nei paesi sviluppati sia di 1 su 10^[3].

In Italia, il Ministero della Salute nell'ambito della gestione del rischio clinico si occupa della formulazione di raccomandazioni ministeriali, del monitoraggio e dell'analisi degli eventi sentinella, dell'elaborazione di guide per il coinvolgimento di cittadini, pazienti e utenti, delle verifiche ispettive, del monitoraggio e della verifica degli adempimenti regionali, e del controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in corrispondenza con quanto stabilito dalla legge 24/2017^[2,4].

Inoltre, il Ministero della Salute avvia le attività correlate all'implementazione del "Global Patient Safety Action Plan 2021-2030" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tale piano ha lo scopo di fornire una guida strategica per eliminare i danni evitabili nell'assistenza sanitaria, migliorare la sicurezza dei pazienti in vari contesti, e garantire l'applicazione delle raccomandazioni volte a ottimizzare la sicurezza e qualità dei servizi sanitari^[1].

L'OMS riporta i fattori che ostacolano la sicurezza dei pazienti in ambito formativo: la mancanza di esperienza nell'ambito formativo/universitario; la riluttanza da parte delle istituzioni accademiche a insegnare conoscenze al di fuori delle discipline cliniche previste dai curricula universitari; e l'incapacità delle istituzioni accademiche ad accogliere i progressi tecnologici e di sistema per un'assistenza sicura^[1].

Al fine di evitare tali ostacoli, la formazione teorica e l'apprendimento pratico sono fondamentali per l'acquisizione di competenze sulla sicurezza del paziente e l'aumen-

to della cultura della sicurezza^[5,6]. Pertanto, l'introduzione del concetto di sicurezza del paziente dovrebbe avvenire sin dalle prime fasi dei programmi di studi universitari sia in aula che in ambito clinico^[7,8,9].

Uno degli strumenti per aumentare la sicurezza del paziente è la segnalazione degli errori da parte del personale sanitario, la quale è influenzata positivamente dalle percezioni personali, da un buon clima organizzativo e da una cultura organizzativa incentrata sulla sicurezza del paziente^[10].

In letteratura la percezione della sicurezza del paziente dal punto di vista degli studenti di infermieristica è un fenomeno che risulta essere sottoricercato; tuttavia, è essenziale approfondirlo in quanto essi dimostrano sensibilità riguardo l'argomento e allo stesso tempo ritengono di non acquisire un livello adeguato di conoscenze e competenze durante il percorso accademico^[11,12,13].

OBIETTIVO

L'obiettivo quello di individuare quale sia la percezione degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica riguardo al rischio clinico e la sicurezza del paziente.

MATERIALI E METODI

Il disegno di studio adottato è una revisione narrativa della letteratura. È stato formulato il seguente PIO:

- P: Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica
- I: Percezione della gestione del rischio
- O: Sicurezza del paziente

La revisione narrativa della letteratura è stata effettuata dal mese di maggio a luglio 2024. È stata consultata la banca dati PubMed, utilizzando la seguente stringa di ricerca: (("risk management"[MeSH] OR "risk assessment"[MeSH] OR "medical errors"[MeSH] OR "risk management" OR "risk assessment" OR "errors" OR "medical errors" OR "clinical errors") AND ("perception"[MeSH] OR "awareness"[MeSH] OR "attitude"[MeSH] OR "perception" OR "awareness" OR "attitude")) AND ("students, nursing"[MeSH] OR "nursing student*" OR "nurse student*" OR "student nurses" OR "student nursing"))).

Criteri di Inclusione:

- Articoli che coinvolgono studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, indipendentemente dall'anno di corso; pubblicati negli ultimi 10 anni; redatti in lingua inglese, spagnola, portoghese o italiana.

Criteri di Esclusione:

- Articoli che includono studenti di altre professioni sanitarie non infermieristiche; pubblicati da oltre 10 anni.

RISULTATI

Sono stati individuati 8 articoli che rispondono al quesito di ricerca, i quali vengono sintetizzati nella Tab. I.

Tab. I - Sintesi degli articoli

Titolo, autore e anno	Paese	Tipo di Studio	Anno di corso
<i>Fourth-Year Nursing Student Perceptions of Incidents and Incident Reporting.</i> Espin & Meikle, 2014	Canada	Studio qualitativo	4
<i>Benefits of Reporting and Analyzing Nursing Students' Near-Miss Medication Incidents.</i> Dennison et al., 2022	Canada	Studio osservazionale	4
<i>The effect of clinical risk management training on patient safety competency and related aspects in nursing students.</i> Padash et al., 2023	Iran	Studio quantitativo randomizzato controllato	4
<i>Senior nursing student's confidence in learnt competencies and perceptions of patient safety competency: a multisite cross-sectional study.</i> Ghasempour et al., 2023	Iran	Studio osservazionale cross sectional	4
<i>Student Nurses' Assessment of Medical Errors.</i> Akbiyik et al., 2021	Turchia	Studio osservazionale cross sectional	2, 3, 4
<i>The attitudes of nursing students and clinical instructors towards reporting irregular incidents in the medical clinic.</i> Halperin & Bronshtein, 2019	Israele	Studio quantitativo	3, 4
<i>Nursing students' risk perceptions related to medication administration error: A qualitative study.</i> Jones et al., 2022	Stati Uniti d'America	Studio qualitativo	4

<i>Perception of patient safety culture among nursing students: A cross-sectional study.</i> Ramirez-Torres et al., 2023	Spagna	Studio osservazionale cross sectional	1, 2, 3, 4
---	--------	---------------------------------------	------------

Le percezioni degli studenti sulla sicurezza dei pazienti possono essere approfondite nelle seguenti categorie: Attitudini riguardo la sicurezza del paziente; formazione e strategie educative; comunicazione e interazioni con altri professionisti; segnalazione degli errori e cultura della sicurezza; ed esperienza pratica e identificazione degli errori.

Attitudini degli studenti riguardo la sicurezza del paziente

La letteratura evidenzia che le attitudini degli studenti nei confronti della sicurezza del paziente e il comfort che essi provano nel discutere tali temi durante la formazione professionale contribuiscono significativamente al miglioramento della sicurezza del paziente stesso^[14;15]. Tra i fattori che influenzano positivamente la confidenza percepita dagli studenti di infermieristica rispetto alle dimensioni della sicurezza del paziente, spiccano una formazione specifica pregressa e l'integrazione di tali tematiche nei programmi universitari^[15].

Tuttavia, si rileva una limitata confidenza degli studenti riguardo agli aspetti della sicurezza del paziente che riguardano l'interazione con altri professionisti, spesso dovuta a conflitti interpersonali e alle gerarchie presenti nel contesto lavorativo, le quali vengono vissute come uno "squilibrio di poteri"^[15].

Formazione e strategie educative

La formazione sulla sicurezza clinica e sull'analisi del rischio ha l'obiettivo di promuovere una cultura della sicurezza nella quale non vengano attribuite colpe ad un individuo, ma si focalizzi sulla riduzione ed eliminazione dei rischi^[16].

Viene raccomandato che i formatori integrino momenti di rinforzo riguardo la sicurezza del paziente all'interno della formazione di base, per migliorare la cultura della sicurezza del paziente in ambito formativo e clinico^[14;15], con focus sull'importanza di riportare errori terapeutici o near-miss^[15;17].

Le ore teoriche dedicate all'insegnamento della sicurezza del paziente aumentano significativamente la confidenza degli studenti^[15]. Tuttavia, l'apprendimento delle dimensioni della sicurezza durante la pratica clinica si è dimostrato significativamente superiore rispetto all'insegnamento teorico^[15;16].

Le esperienze degli studenti possono essere utilizzate per orientare le strategie educative a sostegno di pratiche sicure, ad esempio durante la somministrazione della terapia farmacologica^[19].

I formatori dovrebbero considerare la percezione del rischio degli studenti durante l'insegnamento dei processi decisionali clinici, al fine di favorire comportamenti e scelte professionali più sicure ed efficaci^[19]. Inoltre, sono consigliate metodologie di insegnamento miste a pratica e teoria, poiché sono efficaci nel favorire un miglior lavoro di squadra e migliorare l'aderenza dello studente all'utilizzo di strategie per la salvaguarda della sicurezza del paziente^[16].

Comunicazione e interazione con altri professionisti

Viene riportato che gli studenti considerano i loro tutor clinici come modelli da seguire e vengono influenzati dal clima organizzativo, adottando di conseguenza le condotte abituali riguardanti la segnalazione degli errori^[21]. Per tale motivo è auspicabile che i formatori evidenzino l'importanza di opporsi a idee provenienti da una cultura organizzativa non sicura ed evitare che gli studenti seguano indicazioni senza un'elaborazione critica della richiesta^[14;18].

Alcuni studenti si sentono incapaci di esprimersi o confrontarsi con altri professionisti quando si verifica un evento rischioso, perché considerati "solo infermieri", o perché suppongono che l'altro professionista fosse già a conoscenza del problema, rendendoli responsabili dell'evento^[20].

Infine, vengono riportate difficoltà nelle modalità relazionali e comunicative, in particolar modo con i medici senior, probabilmente a causa della cultura gerarchica presente in reparto o struttura^[14;15].

Segnalazione degli errori e cultura della sicurezza

La scarsa segnalazione di errori e near-miss rappresentano problemi seri in sanità che vengono influenzati dall'orientamento della cultura organizzativa basata sulla sicurezza del paziente è correlato all'aumento o diminuzione delle segnalazioni degli errori^[17;21].

Gli studenti sono un ulteriore fonte aggiuntiva di segnalazione di dati situazionali e osservazionali sugli errori terapeutici, questo evidenzia il valore della professione infermieristica nell'identificazione, gestione e risoluzione degli stessi^[17].

Gli errori maggiormente riportati dagli studenti riguardano l'identificazione dei pazienti e l'errata somministrazione di farmaci parenterali, nello specifico relativi alla fase di preparazione, poiché questi vengono preparati da un altro operatore^[18].

Gli errori di identificazione possono verificarsi perché gli studenti si riferiscono agli assistiti non utilizzando i loro dati anagrafici, ma il numero della camera o del letto, tale comportamento può essere avallato dalla cultura organizzativa^[18].

Prevalgono le segnalazioni di tipo informali, piuttosto che formali, da parte degli studenti per diversi motivi: paura di essere ripresi o di subire provvedimenti disciplinari, di ripercussioni sul percorso di studi^[21] o alla credenza che le segnalazioni possano danneggiare i professionisti coinvolti^[20]. Tuttavia, gli studenti, nonostante segnalino un errore o near miss, spesso non ne analizzano criticamente le cause^[18].

Tra i fattori di mancata segnalazione degli errori vi sono l'assenza di danni al paziente e la convinzione che le segnalazioni non siano anonime^[21].

Esperienza pratica e identificazione degli errori

L'inesperienza dello studente è un fattore che influisce sugli errori terapeutici, più frequentemente durante la somministrazione di terapia farmacologica o di emoderivati, e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza^[18].

La percezione di una diminuzione del rischio può derivare dall'aumento della cultura della sicurezza del paziente e dalla responsabilità assunta dallo studente attraverso la pratica clinica e le interazioni con i servizi sanitari^[16].

Con il progredire dell'anno accademico e della formazione specifica ricevuta si verifica un aumento della frequenza degli eventi segnalati^[16]. Viene riportato che gli studenti che hanno sperimentato un errore o un near-miss sono stati in grado di correlare direttamente l'esperienza dell'evento ai possibili cambiamenti nella loro futura pratica professionale infermieristica^[19].

Un adeguato sviluppo del giudizio clinico aiuta a integrare e incorporare le esperienze personali e le conoscenze acquisite nella pratica quotidiana^[19], evitando di tralasciare gli aspetti relativi alla sicurezza del paziente nonostante elevati carichi di lavoro presenti nelle sedi di tirocinio^[16].

DISCUSSIONE

Dalla letteratura analizzata si evince che negli ultimi anni stia avvenendo un cambiamento positivo riguardo il riconoscimento della sicurezza del paziente in ambito accademico, superando gli ostacoli descritti dall'OMS^[1], in particolare la scarsa familiarità dei formatori rispetto le metodologie di insegnamento della sicurezza del paziente e includendo all'interno di tali percorsi la tematica.

Esplorare l'influenza sulla percezione del rischio del processo decisionale promuove negli studenti un'abitudine

all'autovalutazione e un miglioramento dell'analisi critica dei rischi o errori. Questo favorisce la consapevolezza della sicurezza e, di conseguenza, una pratica sicura^[19].

È noto che la percezione del rischio influisce sul processo decisionale e sul comportamento degli infermieri nella pratica clinica e può influenzare il modo in cui gli infermieri, già abilitati, gestiscono e somministrano la terapia farmacologica e implementano le strategie di sicurezza^[22].

È necessario porre particolare attenzione alla durata degli anni di studio nei vari articoli esaminati. In Italia, il Corso di Laurea in Infermieristica ha una durata ufficiale di tre anni, mentre in altri Paesi, anche all'interno dell'Unione Europea, come ad esempio in Spagna, il percorso di studi ha una durata di quattro anni.

Il percorso di studi triennale potrebbe compromettere l'assimilazione dei concetti di sicurezza del paziente, così come la riduzione del numero di ore di didattica dedicate a questo argomento. Inoltre, gli studenti avrebbero meno tempo per comprendere e maturare effettivamente le competenze richieste all'infermiere per mantenere e garantire un adeguato livello di sicurezza.

La letteratura non è chiara riguardo alla durata, ai contenuti, alle qualifiche degli insegnanti, nonché ai metodi di insegnamento, che variano in ogni studio svolto in questo ambito, rendendo difficile determinare i criteri fondamentali per implementare un corso sulla sicurezza del paziente in modo strutturato e trasversale^[5].

Ambiti di miglioramento in ambito formativo

Future analisi su questa tematica dovrebbero considerare i dati sociodemografici degli studenti, così come la cultura organizzativa delle strutture o dei reparti in cui gli studenti effettuano le loro pratiche cliniche^[21].

Sarebbe utile includere argomenti o esercitazioni, come sessioni di simulazioni, focalizzati sulla sicurezza del paziente, da applicare successivamente nella pratica quotidiana e da mantenere e migliorare durante la carriera professionale.

Sarebbe auspicabile che l'argomento venga studiato maggiormente in ambito italiano, tenendo presente la durata del corso di studi. Inoltre, sarebbe opportuno proporre la definizione di un curriculum integrato sulla sicurezza del paziente basato sui seguenti argomenti^[23]: principi di sicurezza del paziente, lavoro in équipe, comunicazione, coinvolgimento del paziente, gestione del rischio e miglioramento della qualità, e infine obiettivi internazionali di sicurezza del paziente.

CONCLUSIONI

La gestione del rischio clinico è parte integrante del percorso formativo degli studenti del corso di laurea in Infermieristica. Le competenze necessarie per una valutazione, gestione e risoluzione adeguata dei problemi legati alla sicurezza del paziente sono significativamente influenzate dalle attitudini degli studenti.

Fattori comunicativi e relazionali sono fondamentali per aumentare il numero di segnalazioni di near-miss o errori terapeutici, contribuendo indirettamente al miglioramento della professione infermieristica nella risoluzione di tali problematiche.

È opportuno intervenire per migliorare le conoscenze riguardanti il processo di reporting e i metodi di segnalazione. Si suggerisce inoltre di implementare percorsi o linee guida specifiche sui metodi di segnalazione per gli studenti durante il tirocinio clinico^[15;18;20].

Aspetti quali la cultura organizzativa, il rapporto con altri professionisti, e il livello di conoscenze ed esperienza possono influire sulla sicurezza del paziente. La formazione all'interno del programma curriculare del corso di laurea deve essere costantemente aggiornata e orientata a fornire strategie per la gestione del rischio clinico^[15;19].

Inoltre, una migliore comprensione della sicurezza del paziente e lo sviluppo di metodi educativi che ne facilitino l'apprendimento devono essere priorità nella formazione infermieristica universitaria.

Gli organismi professionali, come gli ordini professionali infermieristici, dovrebbero definire e monitorare gli standard educativi che guideranno la progettazione dei programmi di studio necessari per una futura omologazione dei curricula universitari^[7;23].

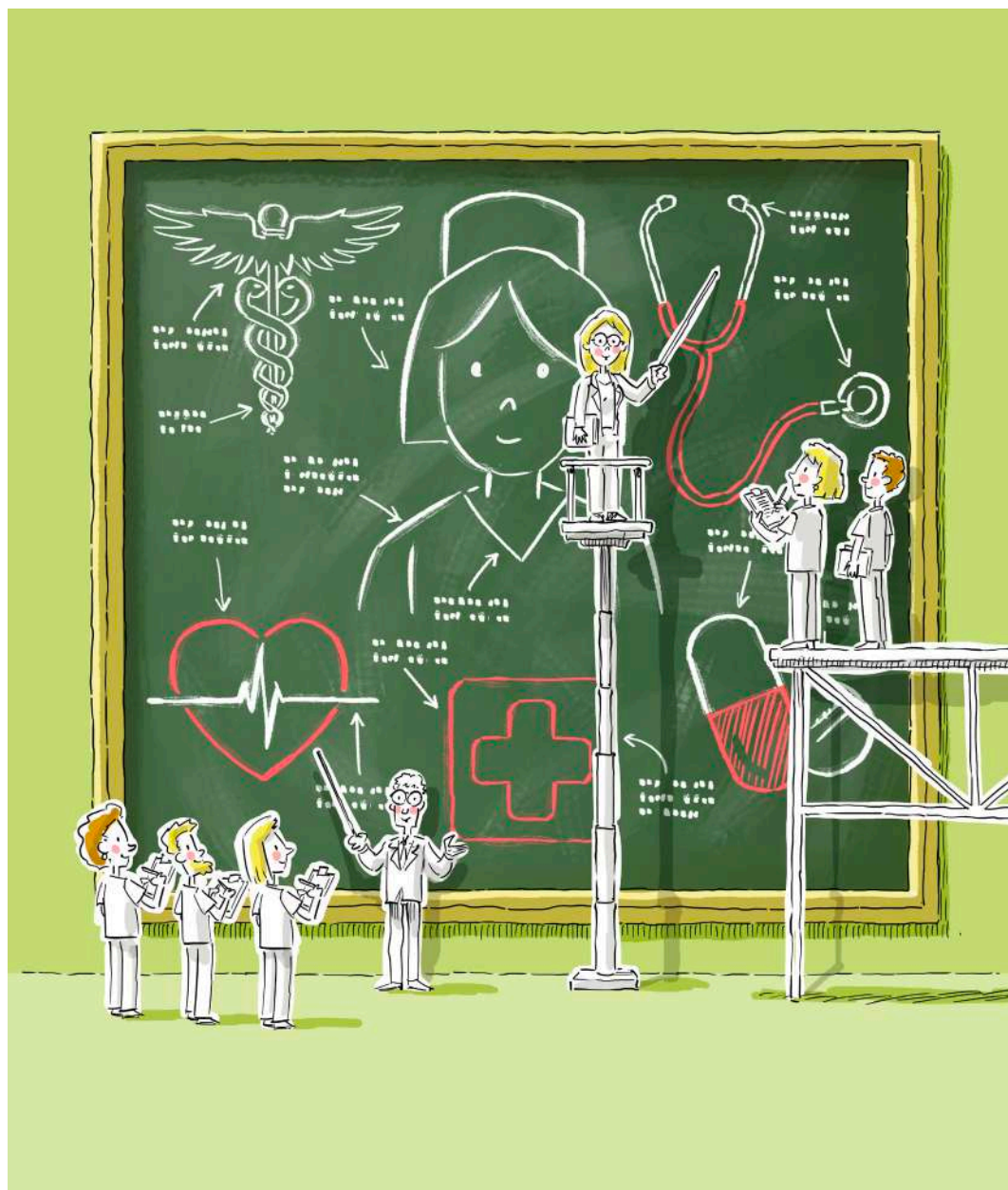
La letteratura suggerisce che un'educazione teorica e pratica adeguata possa migliorare significativamente la cultura della sicurezza tra gli studenti infermieri, incrementando la loro capacità di segnalare errori e near-miss e promuovendo comportamenti sicuri^[6;19]. Di conseguenza, un aumento della cultura della sicurezza tra gli studenti di infermieristica contribuirà a migliorare la qualità dell'assistenza e gli standard di sicurezza.

In conclusione, lo studente infermiere svolge un ruolo fondamentale nella gestione del rischio clinico e necessita di una formazione continua che integri le conoscenze tecniche e teoriche che gli permettano di sviluppare competenze essenziali per garantire un alto livello di sicurezza dei pazienti e superare le barriere educative esistenti per fornire un'assistenza infermieristica sicura ed efficace.

BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione Mondiale della Salute. Global patient safety action plan 2021-2030 [Internet]. World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240032705>
2. Ministero della Salute. Sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario: Qualità [Internet]. 2022. Available from: <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=164&area=qualita&menu=vuoto>
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide [Internet]. 2018. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>
4. Legge 24/2017. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie [Internet]. Available from: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58668&articolo=5>
5. Dionisi S, Di Muzio M, Giannetta N, Di Simone E, Gallina B, Napoli C, et al. Nursing students' experience of risk assessment, prevention and management: a systematic review. *J Prev Med Hyg.* 2021;62(1):31. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1698>
6. Torkaman M, Sabzi A, Farokhzadian J. The effect of patient safety education on undergraduate nursing students' patient safety competencies. *Int Q Community Health Educ.* 2020. <https://doi.org/10.1177/0272684X20974214>
7. Shanty JA, Gropelli T. Self-Reported Patient Safety Competence among Nursing, Respiratory Care, and Nuclear Medicine Technology Students. *J Allied Health.* 2018;47(2):141-6.
8. Asensi-Vicente J, Jiménez-Ruiz I, Vizcaya-Moreno MF. Medication errors involving nursing students: A systematic review. *Nurse Educ.* 2018;43-5.
9. Fagan A, Parker V, Jackson D. A concept analysis of undergraduate nursing students speaking up for patient safety in the patient care environment. *J Adv Nurs.* 2016;72(10):2346-57. <https://doi.org/10.1111/jan.13028>
10. Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med.* 2007;35(5):1312-7.
11. Nie Y, Li L, Duan Y, et al. Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2011;11:33. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-33>
12. Lee NJ, Jang H, Park SY. Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2016;18(2):163-71. <https://doi.org/10.1111/nhs.12237>
13. Song J, Guo Y. What influences nursing safety event reporting among nursing interns?: Focus group study. *Nurse Educ Today.* 2019;76:200-5.
14. Padash M, Miri S, Azizzadeh Forouzi M, Jouparinejad S, Farokhzadian J. The effect of clinical risk management training on patient safety competency and related aspects in nursing students. *J Patient Saf Risk Manag.* 2023;28(4):170-6. doi:10.1177/25160435231190198
15. Ghasempour M, Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Onyeka TC, Asghari Jafarabadi M. Senior nursing student's confidence in learnt competencies and perceptions of patient safety competency: a multisite cross-sectional study. *BMJ Open.* 2023;13(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070372>
16. Ramírez-Torres CA, Rivera-Sanz F, Cobos-Rincón A, Sufrate-Sorzano T, Juárez-Vela R, Gea-Caballero V, et al. Perception of patient safety culture among nursing students: A cross-sectional study. *Nurs Open.* 2023;10(12):7596-602 <https://doi.org/10.1002/nop2.1995>
17. Dennison S, Freeman M, Giannotti N, Ravi P. Benefits of Reporting and Analyzing Nursing Students' Near-Miss Medication Incidents. *Nurse Educ.* 2022;47(4):202-7. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001164>
18. Akbiyik A, Sari D, Taşkıran N. Student Nurses' Assessment of Medical Errors. *Creat Nurs.* 2021;27(2):131-7. <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-20-00032>
19. Roman Jones J, Boltz M, Allen R, Van Haitsma K, Leslie D. Nursing students' risk perceptions related to medication administration error: A qualitative study. *Nurse Educ Pract.* 2022;58:103274. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103274>
20. Espin S, Meikle D. Fourth-year nursing student perceptions of incidents and incident reporting. *J Nurs Educ.* 2014;53(4):238-43. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140217-04>
21. Halperin O, Bronshtein O. The attitudes of nursing students and clinical instructors towards reporting irregular incidents in the medical clinic. *Nurse Educ Pract.* 2019;36:34-9. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.02.018>
22. Irwin A, Sedlar N, Hamlet O. Flying solo: A vignette-based examination of general aviation pilot risk perception and decision-making. *Aviat Psychol Appl Hum Factors.* 2020;10:59-69. <https://doi.org/10.1027/2192-0923/a000189>
23. Ji Y, Lee H, Lee T, Choi M, Lee H, Kim S, et al. Developing an integrated curriculum for patient safety in an undergraduate nursing program: a case study. *BMC Nurs.* 2021;20(1):172. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00694-0>

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=lti0c45bvgh7

Questo è il suo sito: www.tartarotti.com

Grazie Stefano

Le perle di Baldini

Ormai l'appuntamento con la rivista e' diventato un incubo. Ogni volta riescono a farmi salire l'ansia perché dovrei provare ad esprimere un'opinione intelligente inerente argomenti seri.

Eserietà e intelligenza non sono proprio i miei punti di forza. Ecco mi quindi a parlare delle forme della formazione.

Che poi, chiedere a un infermiere boomer come me di parlare di formazione fa un po' sorridere.

Anzi già che ci sono faccio subito outing.

Non ho nessun master.

Sì lo so.

Fa molto riunione alcolisti anonimi ma non posso più tenerlo solo per me.

Dovevo dirvelo.

E lo ripeto.

Non ho nessun master.

Ma proprio nessuno.

Nemmeno quello preso online all'università di qualche stato paradiso fiscale né tantomeno quelli seri e importanti che costano quanto un rene.

Per cui credo di essere il meno indicato per parlare di quel tipo di formazione.

Però qualcosina vorrei dirla.

Perché figuriamoci se sto zitto...

Potrei dire che appena laureati e' assurdo pensare di fare un master in coordinamento.

Potrei dire che sarebbe giunto il momento in cui essere specialisti grazie a master seri dovrebbe essere una condizione sine qua non per lavorare in certe realtà e udite, udite ci vorrebbe anche un giusto riconoscimento economico per chi e' "specialista" e investe tempo, competenze e risorse economiche per essere un professionista migliore. Che poi pensateci bene, con i master ci facevamo curriculum e si ottenevano punti ai concorsi ma ormai siamo talmente pochi che ci saranno più concorsi che infermieri che si presentano...

Ma torniamo a noi.

Perché quando si parla di formazione mi sento sempre tirato in causa? Perché in questi anni ho subito da discente e ho svolto da docente parecchia formazione. E sempre, dico sempre, la differenza la fa il professionista, soprattutto quando si parla di docenza. Mi spiego meglio.

L'argomento può essere il più noioso o il più interessante del mondo ma se chi vi parla non ha la competenza e la capacità di trasmettere conoscenza tutto va a ramengo.

Che sia svolgere educazione sanitaria ai pazienti e alla loro famiglia, seguire uno studente o gestire un corso di trauma avanzato la formazione risulta uno strumento efficace solo se chi "forma" ha la voglia, la determinazione e la competenza.

Perché non tutti sanno fare formazione.

E credo che non ci sia nulla di peggio di un pessimo docente.

Non e' vero.

Se il docente oltre che pessimo e' pure ignorante nella materia la combo diventa perfetta.

Pero, c'è un però.

Per una volta mi sento di difendere la categoria.

Perché noi infermieri siamo pessimi in tantissimi ambiti, brontoliamo e ci lamentiamo in continuazione anche se spesso con giusta ragione.

Ma quasi mai ho trovato infermieri che non mettono passione, competenza, determinazione e conoscenze in quello che fanno, sia come docenti che come discenti.

Indipendentemente dai master, dall'anzianità e dalla realtà lavorativa.

Questo fa ben sperare?

No.

"Pochi ma buoni" non mi sembra una scelta vincente.

Ma non preoccupiamoci.

Arriva l'assistente infermiere che ci salverà tutti...

Worth of Reading



Il diritto d'Autore in ambito universitario

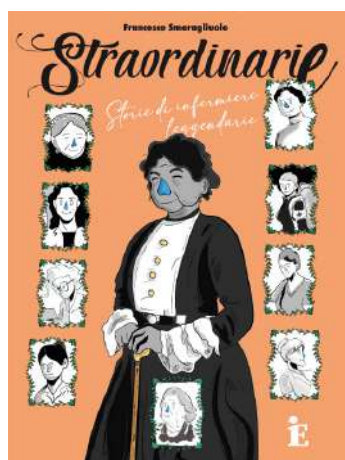
Avv. Giorgio Spedicato

<https://amsacta.unibo.it/id/eprint/3018/3/Spedicato-il-diritto-d-autore-in-ambito-universitario-web.pdf>

Il volume, disponibile nella versione web, è stato pubblicato con il contributo finanziario della Conferenza Italiana dei Rettori, della SIAE e dell'Associazione Italiana Autori ed Editori, nell'ambito del Progetto di ricerca, coordinato dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, dal titolo: “Dalle biblioteche e dagli archivi alla divulgazione in ambito universitario: il diritto d'autore nello studio, nella ricerca e nella didattica”

Questo testo, è stato elaborato a supporto di iniziative progettuali che avessero l'obiettivo di promuovere la cultura del diritto d'autore in ambito universitario. In tale contesto specialmente, infatti, assumono da sempre un ruolo di assoluta centralità le opere dell'ingegno umano, vuoi in quanto tipico “prodotto” dell'attività accademica, vuoi in quanto imprescindibile oggetto e strumento di studio e di ricerca. Proprio in

tale contesto, tuttavia, non sempre esiste piena consapevolezza delle regole giuridiche, peraltro complesse, che disciplinano la materia. Questo testo, in coerenza con le finalità generali del progetto di cui costituisce un importante risultato, si prefigge come obiettivo di divulgare tra i protagonisti del mondo accademico, ai più diversi livelli, i principi e le norme fondamentali in materia di diritto d'autore, in modo che questi possano avere a disposizione uno strumento di agevole lettura che consenta loro, superando le complessità tipiche dei testi giuridici specialistici, di trovare risposte (e prima ancora di porsi le opportune domande) in relazione ai dubbi che quotidianamente si affacciano in chi – soprattutto non essendo un giurista – crei, utilizzi o diffonda opere dell'ingegno per finalità di studio, di didattica o di ricerca. Il testo si rivolge dunque, in particolare, al personale docente e ricercatore che opera nell'Università (inclusi, tra gli altri, assegnisti e dottorandi di ricerca), al personale non docente la cui attività, per sua stessa natura, finisce con l'intersecare normalmente le tematiche relative al diritto d'autore (bibliotecari e archivisti) e, infine, a coloro che dell'Università sono gli utenti, ovvero gli studenti. Trattandosi di un'opera per “non addetti ai lavori”, si è cercato di utilizzare nel corso della redazione un linguaggio piano e ricco di esempi, così da favorire l'intelligibilità del testo e da agevolare la comprensione della rilevanza pratica delle norme prese in esame.



Straordinarie: storie di infermiere legendarie

Francesco Smeragliuolo

Editore: iEditore

Questa Graphic Novel racconta le vite di dieci infermiere pionieristiche attraverso un'avvincente narrazione visiva. Ispirato al podcast *Straordinarie* di Infermieristica Journal, ripercorre la determinazione e l'audacia di donne che, tra sfide personali e sociali, hanno rivoluzionato la professione infermieristica.

Le tavole di Francesco Smeragliuolo, giovane illustratore e infermiere, danno vita a queste biografie con sensibilità e forza. Accettando con umiltà la sfida di rappresentare storie di tale importanza, Francesco è riuscito a cogliere l'essenza di ciascuna di queste figure legendarie, rendendo il graphic novel un'opera visiva ed emotiva che ispira e commuove. Ogni pagina di *Straordinarie* è un omaggio visivo ed emotivo a queste donne indomabili, i cui sacrifici e traguardi hanno lasciato un segno indelebile

nella storia. *Straordinarie* non è solo un racconto, ma una celebrazione del coraggio e della passione di chi ha scelto di servire l'umanità.

Straordinarie celebra la vita di dieci infermiere che hanno sfidato le convenzioni e cambiato la storia con il loro coraggio e la loro dedizione.



Utilizzare la Simulazione per Migliorare le Competenze Infermieristiche e Ostetriche

Iben Akselbo, Ingvild Aune

Editore: iEditore

“Utilizzare la Simulazione per Migliorare le Competenze Infermieristiche e Ostetriche” è un'opera fondamentale, rivolta a professionisti e studenti nel campo infermieristico e ostetrico, che illustra come la simulazione possa potenziare le competenze tecniche e non tecniche nella pratica clinica. Scritto dalle esperte Iben Akselbo e Ingvild Aune, il testo è una guida pratica per chi desidera integrare la simulazione come metodologia educativa nel proprio percorso formativo.

La versione italiana, curata da Floriana Pinto e Sara Trapani, include la collaborazione di Gabriele Lorenzini, Alessandro Monesi e Francesco Severi. Gabriele Lorenzini, autore del progetto NEXUS, presenta un programma formativo intensivo per il soccorso avanzato che utilizza simulazioni ad alta fedeltà, mentre Alessandro Monesi illustra il

progetto “ZERO”, sviluppato durante la pandemia COVID-19 all'Ospedale Maggiore di Bologna, che sfrutta spazi reali e realtà virtuale per accelerare l'apprendimento in situazioni critiche. Francesco Severi, invece, descrive il network di simulazione pediatrica della regione Toscana, mirato alla formazione di team di facilitatori per le emergenze pediatriche. La prefazione è firmata dal Dott. Marco De Luca, Presidente della Società Italiana di Simulazione in Medicina (SIMMED).

Questo libro rappresenta una risorsa preziosa per chi desidera migliorare le proprie competenze cliniche attraverso l'apprendimento esperienziale. Grazie ai numerosi casi di studio e agli approcci dettagliati, è uno strumento pratico e ispirazionale per docenti, studenti e professionisti della salute che ambiscono a rafforzare la propria formazione per offrire cure sempre più sicure ed efficaci.



Infinite volte

Rita Pippa

Editore: Gilgamesh Edizioni.

Rita Pippa è nata in una piccola località immersa nel territorio goitese. Cresciuta in campagna ha maturato un grande amore per la natura e gli animali. Il suo mondo interiore di fantasie, ricordi, sensazioni ed emozioni ha iniziato a trasformarsi in poesie dal 2022. Abita a pochi metri da un fiume dove, di notte, va a pescare le parole per le sue poesie.

In questa prospettiva si colloca l'esperienza svolta presso il corso di studio in Infermieristica - sede di Mantova dell'Università degli Studi di Brescia, all'interno del modulo di Educazione Terapeutica. In questo contesto si è scelto di integrare le lezioni teoriche con l'incontro vivo e autentico con una paziente partner, Rita Pippa. Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, Rita ha condiviso il proprio percorso di malattia offrendo agli studenti non solo una testimonianza, ma un'esperienza di vita. Gli studenti del terzo anno hanno potuto confrontarsi con una narrazione intensa che li ha condotti oltre il dato clinico, permettendo loro di toccare la sfera più fragile

e autentica della condizione umana.

Le poesie di Rita - tratte dal suo manoscritto “Infinite volte” - hanno parlato di perdita e ritrovamento, trasformazione e rinascita, negazione e consapevolezza, esplorando dimensioni spesso intangibili che la sola teoria fatica a rendere accessibili e comprensibili agli studenti.