

N. 2 2025

15.11.2025

NURSING FORESIGHT
Anno 35 - ISSN 1722-2214
In attesa di registrazione in tribunale



**La ricerca e gli infermieri:
territorio inesplorato o
necessità imprescindibile**

**“Nella vita nulla deve essere temuto,
dev’essere solo compreso.
Ora è il momento di comprendere di più,
così possiamo temere di meno.”**

Marie Curie

**“Evidence, which we have means to
strengthen for or against a proposition,
is our proper means for attaining truth.”**

Florence Nightingale

Gaza e il collasso della sanità pubblica: un richiamo all'azione per la comunità internazionale

Come infermieri ci rivolgiamo alle istituzioni per la cessazione del genocidio di Gaza, di tutte le guerre e le violenze che continuano a perpetrarsi nel mondo a danno di civili, sanitari e bambini spesso impiegati sotto le armi o rapiti o uccisi.

Come infermieri siamo contrari alle armi e chiediamo agli interlocutori politici l'avvio di negoziati di pace coordinati da personale internazionale formato alle soluzioni non violente dei conflitti.

Siamo vicini a migliaia di infermieri ed infermieri che nel mondo soccorrono e aiutano aggressori e aggrediti senza distinzione di etnia, razza, religione o pensiero politico.

La nostra è una professione di pace, insegniamo a coltivarla.

Però ricordiamoci che per poterlo fare dobbiamo cominciare da loro: i bambini.

Perché se vogliamo costruire un mondo migliore dobbiamo iniziare dai bambini.

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia



CORRESPONDENCE · Volume 406, Issue 10509, P1215-1216, September 20, 2025 Download Full Issue

Gaza and the collapse of public health: a call for action

[Audrey Prost](#)  [Rochelle A Burgess](#) [Shema Tariq](#)[Affiliations & Notes](#)  [Article Info](#) 

Nel settembre 2025, *The Lancet* ha pubblicato l'editoriale “**Gaza and the collapse of public health: a call for action**” (Prost A, De Vogli R, Montomoli J, Abu-Sittah H, et al., 2025), che mette in luce la gravissima crisi sanitaria in corso a Gaza e lancia un appello urgente alla comunità internazionale.

Gli autori descrivono come il sistema sanitario della Striscia di Gaza, già caratterizzato da limitate risorse, sia stato quasi completamente compromesso a seguito dei bombardamenti e del blocco israeliano. La popolazione civile si trova oggi senza accesso a cure essenziali, farmaci e servizi di base, mentre ospedali e cliniche sono stati distrutti o gravemente danneggiati. Al 4 settembre 2025, i dati riportati indicano oltre 63.000 vittime e più di 161.000 feriti, a testimonianza della gravità della situazione.

L'editoriale sottolinea che la crisi sanitaria non è solo un'emergenza immediata: rappresenta una violazione dei diritti umani e delle convenzioni internazionali sulla protezione dei civili. In questo contesto, gli autori richiamano la necessità di un intervento immediato e coordinato della comunità internazionale, volto a proteggere i civili e a garantire l'accesso a cure sanitarie fondamentali. Per la comunità infermieristica, questo contributo offre spunti di riflessione rilevanti. La situazione di Gaza evidenzia la fragilità dei sistemi sanitari in contesti di conflitto e l'importanza di strategie organizzative e cliniche per garantire continuità assistenziale anche in condizioni estreme. Inoltre, richiama i professionisti a considerare la dimensione etica e sociale della pratica infermieristica, sottolineando il ruolo della sanità pubblica come pilastro di protezione e dignità per la popolazione.

Leggere l'editoriale completo permette di approfondire la situazione reale sul campo, comprendere le implicazioni per la salute pubblica e la pratica clinica, e riflettere sulle responsabilità della comunità professionale di fronte a crisi umanitarie complesse.

Riferimento completo:

Prost A, De Vogli R, Montomoli J, Abu-Sittah H, et al. *Gaza and the collapse of public health: a call for action*. *Lancet*. 2025;406(10691):688-689. doi:10.1016/S0140-6736(25)01690-3.

Testo completo disponibile su: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01690-3/full-text](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01690-3/full-text)

INDICE

SEZIONE 1: NOTIZIE DALL'OPI

- 8** *Matteo Cosi*
Editoriale
- 9** *La Redazione Nursing Foresight*
- 10** Il Gruppo Formazione dell'OPi Pavia
- 12** *Masseroni Walter*
Rapporto Professioni Infermieristiche della FNOPI
in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
- 15** *Currò Alessia*
La nuova definizione di infermieristica dell'ICN:
ridefinire il significato dell'essere infermiere oggi

SEZIONE 2: SPECIAL GUEST

- 17** *Dellafoire Federica*
La conoscenza come forma di cura
- 19** Interview with Professor Barbara Riegel:
The Essence of Nursing Research
Intervista con la professoressa Barbara Riegel:
L'essenza della ricerca infermieristica
- 21** *Andreina Saba*
La ricerca qualitativa come strumento
di umanizzazione e scoperta: intervista alla dottoressa
Giovanna Artioli
- Sara Rosaria Tubbiolo*
- 23** La ricerca medica e la storia.
Intervista al Professor Mazzarello
- Stefano Terzoni*
- 26** La ricerca infermieristica: quale significato
in una professione che cambia?

SEZIONE 3: ESPERIENZE SUL CAMPO

- Alessia Currò, Orejeta Diamanti*
- 28** Dalla cura all'evidenza: viaggio nella storia
della ricerca infermieristica
- 30** *Francesca Turrini*
VULNOLOGIA questa sconosciuta!
- 33** *Grazia Cavaliere*
La costruzione dell'identità professionale infermieristica:
riflessioni critiche e prospettive di cambiamento

Editore:

Ordine delle Professioni
Infermieristiche (OPi) della Provincia
di Pavia

REDAZIONE:

Direttore Responsabile:

Dellafoire 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, Santiz 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

- Viviana Bersani, Chiara Cortellazzi,
35 Mariapia Delle Donne, Paolo Giobbi Mancini
Ricerca e Professione: la voce degli studenti di infermieristica
Fusco Maria Antonietta, Franco Maria Rosa
36 Il coordinatore infermieristico:
quale ruolo nella ricerca scientifica?
Sciandrone Gaetano Giuseppe, Ferretti Michela
38 Il ruolo della tecnologia nella pratica infermieristica:
opportunità e sfide
Artioli Giovanna, Dellafoire Federica
39 Il Nursing Narrativo Integrato: una prospettiva
per la cura centrata sulla persona
Maria Castoldi
41 Dalla pratica clinica alla Ricerca Infermieristica:
esperienza di uno studio pilota su bendaggio rigido
in pazienti con arteriopatia periferica
Chiara Taffurelli
43 La ricerca e gli infermieri: territorio inesplorato o
necessità imprescindibile?
Bardella Alessandro, Infermiere, Cusumano Elisabetta
44 Tra tecnologia e cura: infermieri e intelligenza artificiale,
alleati, non sostituti
De Rose Maria Teresa
46 L'evoluzione Della Ricerca: L'intelligenza Artificiale Generativa.
Destreggiarsi fra opportunità e implicazioni etiche è possibile?
Susanna Maggione
48 Cure Infermieristiche Complementari:
pensiero critico, ricerca e contestazione metodologica
Lambro Maria
50 La ricerca infermieristica: innovazione e pratica

**Hanno collaborato a questo
numero:**

Matteo Cosi, Isabel Santtiz,
Alessia Curò, 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

- Aurelio Filippini
52 Okkio al Codice
La Cura dei Curanti: Solidarietà, Altruismo, Compassione e Gentilezza nel Mondo Infermieristico
- Merlini Paolo
54 L'angolo ENPAPI
Alla ricerca della sostenibilità: Il futuro dell'infermiere libero professionista passa anche da ENPAPI
- Mazzillo Rosalia, Rivetta Chiara
55 Focus Mental Health
L'infermiere come caregiver professionale
Prendersi cura di chi cura

SEZIONE 5: CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- Ingrossi Filippo, Leone Marianna, Carli Ilaria, Colalelli Michela, Cieri Mariangela, Longo Zaira, Manzo Daniela, Olivazzi Federica, Saracino Lucia, Zoboli Valentina, Nepoti Giuliana
57 Stato nutrizionale del paziente affetto da linfoma:
una survey del Gruppo Infermieristico della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL)
- Mornati Nicolò, Serrentini Alessia, Maugeri Federica,
64 Leon Garcia Jesus Francisco Javier
L'utilizzo della scala di BRASS in ambito extraospedaliero.
Revisione narrativa della letteratura
- Tacchini M., Gorla R., Crocco P.
70 La progettazione della formazione per un approccio multiculturale nella presa in carico delle persone con disabilità
- Sciandrone Gaetano Giuseppe, Iannelli Francesco,
75 Grugnetti Giuseppina, Fusco Maria Antonietta
Missed nursing care e burnout professionale:
una revisione della letteratura

SEZIONE 5: NON SOLO NURSING

- 83** Le vignette di Stefano Tartarotti
- 84** Le perle di Baldini
- 85** Worth of Reading

EDITORIALE

Ricerca e formazione: le radici del futuro infermieristico

Carissime colleghi, carissimi colleghi,
gentili lettrici e lettori,

ogni evoluzione della nostra professione nasce da un atto di conoscenza: il desiderio di comprendere, di migliorare, di costruire evidenze per il bene delle persone di cui ci prendiamo cura. È questo lo spirito che, più di venticinque anni fa, ha animato la collaborazione tra l'Ordine e l'Università: una scelta lungimirante, che ha permesso di radicare la formazione infermieristica all'interno di un contesto accademico capace di garantire metodo, rigore e visione.

Oggi quella sinergia è più viva che mai.

I percorsi universitari rappresentano la base imprescindibile per lo sviluppo della professione, perché è proprio lì che si apprendono il metodo e l'etica della ricerca: due dimensioni che accompagnano ogni infermiere lungo tutto l'arco della sua vita professionale. Siamo orgogliosi che questi valori trovino spazio costante nei nostri percorsi formativi, dal primo anno del corso di laurea fino al momento della laurea stessa, dove ogni tesi rappresenta un piccolo contributo al sapere infermieristico.

Il nuovo **Codice Deontologico FNOPI (2025)** ribadisce con forza questa identità scientifica e morale.

All'articolo 9, dedicato alla ricerca, si legge:

"L'Infermiere aderisce agli standard etici della ricerca, riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Partecipa, progetta e conduce ricerche in ambito clinico e assistenziale, organizzativo e formativo, valorizzando il potenziale dei dati raccolti e rendendone disponibili i risultati."

Questo passaggio non è solo un principio, ma una vera e propria chiamata alla responsabilità: la ricerca come forma di cura, come atto di coscienza professionale.

Negli ultimi anni la Federazione ha investito con convinzione in questa direzione, sostenendo la produzione di conoscenza infermieristica in Italia.

Il **"Rapporto Professioni Infermieristiche"**, realizzato con l'Istituto di Ricerca Sant'Anna di Pisa, fotografa un panorama in crescita:

- un aumento progressivo della produzione scientifica,
- ma ancora un numero esiguo di docenti e ricercatori nelle aree infermieristiche, con una distribuzione geografica disomogenea.

È evidente che la nostra professione ha bisogno di consolidare la propria presenza accademica.

Come Ordine, vogliamo **favorire e sostenere** tutti i colleghi che scelgono di intraprendere percorsi di **dottorato e ricerca avanzata**, valorizzando queste scelte come parte integrante

della carriera infermieristica.

Perché sì: anche la **ricerca è carriera**, oltre che garanzia di qualità delle cure.

Nel corso del 2025 abbiamo inoltre continuato a sostenere il Premio Minerva 2025 — un'iniziativa strategica della rivista *Nursing Foresight* e del nostro Ordine, che mette a disposizione **due contributi economici da € 500 ciascuno** (per un totale di € 1.000) per premiare i migliori articoli scientifici pubblicati nel 2025 su *Nursing Foresight*. Non si tratta solo di un invito alla pubblicazione, ma di una dichiarazione di intenti: investiamo concretamente nella ricerca infermieristica italiana, offrendo visibilità, riconoscimento e opportunità. La partecipazione è automatica per tutti i lavori accettati dalla rivista entro il 20 ottobre 2025, senza vincoli di appartenenza ad uno specifico OPI provinciale. Attraverso il Premio Minerva, intendiamo elevare la scientificità della rivista, rafforzare il ruolo degli infermieric平atori e consolidare l'infermieristica italiana come soggetto capace di dialogare su scala nazionale e internazionale.

L'impegno della Federazione prosegue anche sul piano nazionale, grazie alla nascita del CERSI – Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica, diretto dalla Prof. ssa Loredana Sasso, che lavora per accreditare la ricerca infermieristica italiana nel panorama internazionale. I risultati del progetto AIDOMUSIT ne sono una prova concreta: il 91,7 % dei pazienti promuove l'assistenza domiciliare infermieristica, riconoscendone il valore umano e professionale.

La **ricerca** è lo strumento più potente che abbiamo per dare voce alla nostra professione.

Dopo il Codice Deontologico, essa rappresenta la via maestra per il consolidamento del ruolo infermieristico nel sistema sanitario e politico, perché parla con il linguaggio più autorevole che esista: quello delle **evidenze**.

Sappiamo che il percorso non è privo di ostacoli.

In Italia le carriere di ricerca sono spesso complesse, ma la ricerca stessa possiede una forma di "autocura": attraverso il confronto tra studiosi, la revisione tra pari e la trasparenza dei risultati, è capace di correggersi, evolvere e rigenerarsi. È per questo che possiamo fidarci della ricerca: perché, come noi, è fatta di ascolto, verifica e continuo miglioramento.

Facciamo dunque nostra questa chiamata.

Continuiamo a leggere, fare e diffondere ricerca, con quella sensibilità e quella capacità di adattamento che sono da sempre il tratto distintivo della nostra professione. Perché ogni evidenza che costruiamo non illumina solo la pratica, ma dà forma al futuro dell'infermieristica.

Matteo Cosi
Presidente OPI Pavia

EDITORIALE

La Redazione Nursing Foresight

Con questo nuovo numero di *Nursing Foresight* desideriamo offrire uno sguardo chiaro e concreto sul tema “**La ricerca e gli infermieri: territorio inesplorato o necessità imprescindibile?**”. È una domanda che interpella la nostra professione e che attraversa molte delle riflessioni presenti in questo numero: la ricerca come strumento di crescita, come responsabilità verso i cittadini e come leva per dare valore alle competenze infermieristiche.

Non ci dilunghiamo oltre: i contenuti parlano da soli. Le voci raccolte in queste pagine testimoniano come la ricerca non sia un ambito per “pochi”, ma una dimensione che appartiene a tutti, perché nasce dai contesti reali, dalle esperienze, dalle domande che emergono nella quotidianità assistenziale.

Ringraziamo tutti i collaboratori che hanno contribuito alla realizzazione di questo numero: grazie alle vostre prospettive e alla vostra disponibilità, la rivista continua ad essere uno spazio di confronto, crescita e visione per la nostra comunità professionale.

Auguriamo a tutte e tutti una buona lettura e rinnoviamo l’invito a collaborare con noi: ogni contributo, esperienza o idea che vorrete condividere con noi, anche nelle progettualità del prossimo anno, rappresenta un valore per il futuro della rivista.

Con l’occasione, rivolgiamo a voi e alle vostre famiglie i nostri più sinceri auguri di Buon Natale e di serene festività.

Federica & Monica

Coltivare competenza e crescita: il programma formativo OPI Pavia – IV trimestre 2025

Il Gruppo Formazione dell'OPI Pavia

L'attività formativa è curata dal **Gruppo Formazione**, che coordina la progettazione e la realizzazione dei corsi, garantendo qualità scientifica, coerenza con i bisogni professionali e attenzione ai valori etici della professione.

Componenti:

- Maria Paola Sirtori
- Giacomo Balladore
- Luca Volpi

La **formazione e l'aggiornamento professionale** rappresentano un pilastro fondamentale per l'intera comunità infermieristica. Come richiamato nel **Codice Deontologico FNOPI (2025)**, articolo 10 – “*Conoscenza, Formazione, Aggiornamento*”:

“L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.”

In coerenza con questi principi, l'**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia** promuove un **ricco e diversificato programma formativo**, volto a esplorare differenti aree tematiche per stimolare gli interessi dei professionisti e garantire un aggiornamento continuo.

Dal **2021**, l'**OPI di Pavia** è accreditato come **provider provvisorio ECM** per l'erogazione di eventi formativi. Recentemente, in data **22 settembre 2025**, l'Ordine ha affrontato con esito positivo la **visita ispettiva AGENAS**, passo fondamentale verso il riconoscimento come **provider ECM definitivo**.

Nel **quarto trimestre del 2025**, l'**OPI di Pavia** propone **dieci nuove iniziative formative in modalità residenziale**, pensate per rispondere ai bisogni emergenti della professione e favorire il confronto tra colleghi.

Tutti gli eventi formativi — sia in **modalità residenziale** sia in **formazione a distanza (FAD)** — sono consultabili nella **pagina web dedicata**:

👉 <https://opipavia.salavirtuale.com/>

Per informazioni sulle iscrizioni e sull'offerta formativa è possibile contattare la **Segreteria Organizzativa**:

📞 0382 525609

✉️ formazione@opipavia.it

Di seguito, il **programma formativo aggiornato, in modalità residenziale**.

🕒 BLSD – Basic Life Support and Defibrillation

Crediti ECM: 8,9

📅 **6 novembre – 29 novembre – 11 dicembre** (ore 8:30–13:30)

📍 Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

💰 **Costo:** €60,00 per iscritti OPI Pavia – €90,00 per non iscritti

🕒 L'Elettrocardiogramma nell'urgenza: dalla teoria alla pratica

Crediti ECM: 4,3

📅 **20 ottobre** (ore 14:30–18:30)

📍 **Docente:** Dott. Simone Savastano

📍 Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

💰 **Costo:** gratuito

🧠 Prendersi cura della persona affetta da demenza

Crediti ECM: 8,9

📅 **19–20 novembre** (ore 14:30–18:30)

📍 **Docenti:**

- Dott.ssa Karin Keller, infermiera
- Dott. Alfredo Costa, neurologo (Fondazione Mondino, Pavia)
- Dott.ssa Antonella Maestri, geriatra (ASP Pavia)
- Dott.ssa Serena Magistroni, infermiera
- Dott.ssa Elisa Mazza, infermiera
- Dott.ssa Viviana Coniglio, psicologa

📍 **Moderatori:** Dott.ssa Karin Keller – Dott. Ruggero Rizzini

📍 Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

💰 **Costo:** gratuito

🔧 Principi teorico-pratici dell'immobilizzazione in traumatologia

Crediti ECM: 5,8

27 novembre (ore 14:00–18:00)

Docente: Dott. Carlo Viola

Moderatore: Dott. Marco Torti

Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

Costo: gratuito

Lo spazio etico: tecniche teatrali e medicina narrativa per il benessere degli infermieri

Crediti ECM: 7,7

1 dicembre (ore 14:30–19:30)

Docenti:

- Dott.ssa Immacolata De Simone, infermiera

- Dott.ssa Chiara Rivoli, infermiera pediatrica

Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

Costo: gratuito

Insieme per la salute

Crediti ECM: 7,6

12 dicembre (ore 9:00–17:00)

Docenti: Stefania Alaimo, Valentina Bertaiola, Deborah D'Amico, Francesca Fantozzi, Massimiliano Franco, Luca Gippetto, Giorgia Parmeggiani, Chiara Sarli, Silvia Angela Sozzi, Francesca Artana

Moderatori: Schila Cossali – Valentina D'Alessandro

Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

Costo: gratuito

La Legge Gelli-Bianco e la responsabilità sanitaria

Crediti ECM: 4

12 novembre (ore 14:00–18:00)

Docenti: Avv. Paolo Piana – Dott. Emanuele Guanziroli

Aula Golgi – IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Lo spazio etico – seconda edizione

Crediti ECM: 7,7

16 dicembre (ore 14:30–19:30)

Docenti:

- Dott.ssa Immacolata De Simone, infermiera

- Dott.ssa Chiara Rivoli, infermiera pediatrica

Aula Formazione OPI Pavia, Via Flarer 10 – Pavia

Costo: gratuito

Rapporto Professioni Infermieristiche della FNOPI in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

*Masseroni Valter, coordinatore Infermieristico CRA comunità riabilitativa ad alta intensità psichiatrica,
ASST Melegnano Martesana*

IL PROFILO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



Infermieri in Italia (2024)	458.112
Iscritti over 50 (2024)	223.744
Iscritti di sesso femminile (2024)	350.043

Laureati triennale (2023)	10.631
Laureati magistrale (2023)	1.386

È stato pubblicato recentemente il rapporto delle professioni infermieristiche, edito da FNOPI in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che adotta un approccio metodologico basato su evidenze con dati generati da fonti e studi autorevoli. Si riportano dati anche dettagli di esperienze empiriche riguardo realtà locali, regionali e nazionali. Un confronto tra le varie organizzazioni di sistema anche nei dettagli che permette riflessioni di sistema della salute nel nostro Paese.

È un documento che si presenta in maniera conseguenziale ma diventa grazie alla modalità di trattazione la possibilità di essere consultato nelle varie sezioni. Vuole essere un primo rapporto che si pone l'obiettivo di un aggiornamento e monitoraggio continuo nel tempo, un modo di osservare ed analizzare l'evoluzione dell'infermieristica. Oggi sui social viene rappresentata la sofferenza numerica e di identità sulla professione infermieristica,

senza differenziare la fonte e le varie affermazioni prendono forma senza porsi il problema dell'autorevolezza del mittente. Il rapporto nasce al contrario da un approccio scientifico che basa le sue affermazioni su studi e ricerca. Affronta un ragionamento non solo sui numeri ma cerca di approfondire le criticità e le opportunità di sviluppo. La nostra professione ha bisogno di interlocutori consapevoli e l'approfondimento di temi deve essere una modalità da consolidare.

Il creare un pensiero critico è fondamentale in una società con l'immediatezza della risposta a carattere istintivo. L'evoluzione dei bisogni di salute e la complessità degli interventi ci porta ad un continuo confronto con altri professionisti della salute. Siamo di fronte ad una trasformazione del sistema sanitario, la cura non può essere solo l'intervento sull'acuzie, ha un continuo divenire che vuole toccare gli stili di vita, la territorialità.

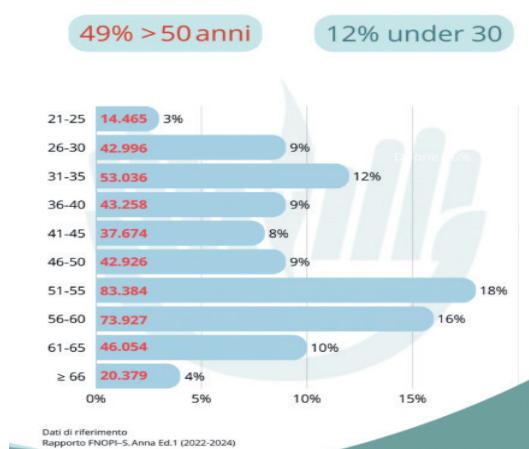
Il rapporto FNOPI è composto da circa 140 pagine rappresenta un lavoro partecipato per offrire un'occasione di riflessione, un pensiero critico costruttivo con metodo ad indirizzo di evidenze. Sono riportati dati come il rapporto infermiere abitanti non solo rapporti infermiere paziente in corsia ma una professione con la popolazione.

E' costituito da quattro parti in cui vengono proposti approfondimenti, la scelta è stata di iniziare da una fotografia della professione infermieristica in quattro parti.

1. Parte prima: gli infermieri in Italia: personale e dimensioni di soddisfazione
2. Parte seconda: l'evoluzione dell'assistenza territoriale e il ruolo degli infermieri: tra organizzazione regionale e percezione dei cittadini
3. Parte terza: il contributo dell'assistenza infermieristica al SSN attraverso i sistemi di misurazione e valutazione della performance dei sistemi sanitari
4. Parte quarta: ricerca e formazione infermieristica: struttura, evoluzione e contesto accademico

La prima parte analizza i dati principali compresi i numeri e le caratteristiche dell'infermiere in Italia con uno sguardo sulla soddisfazione degli infermieri e degli utenti.

Infermieri in Italia: quanti anni abbiamo?



- Numeri: Circa 458.000 infermieri iscritti in Italia, con una forte prevalenza femminile (76%) e una significativa quota over 50.
- Dotazione: L'Italia ha un numero di infermieri per 1.000 abitanti inferiore alla media OCSE (6,5 vs 8,4).
- Retribuzione: Media annua di 32.400 €, inferiore alla media OCSE (39.800 €).
- Soddisfazione:
Circa il 50% degli infermieri è soddisfatto del proprio lavoro, il 30% pensa spesso di cambiare lavoro.
La soddisfazione dei pazienti è elevata (84%).

Nella trattazione si legge l'analisi della dotazione strutturale (media infermieri per 1000 abitanti), del rapporto numerico tra infermieri e medici. Il rapporto descrive come elemento di criticità il trattamento economico per Regione, le opportunità di carriera mettendo in evidenza come indicatore di esito la soddisfazione dell'infermiere e la percezione dell'utenza. Nonostante aspetti positivi rispetto alla soddisfazione si rilevano criticità nei ritmi lavorativi e una percezione insufficiente di supporto organizzativo.

Dai dettagli, si legge anche criteri da favorire i punti di forza professionali da usare come azioni migliorative e di supporto all'agire quali il lavoro in team, l'approccio centrato sull'utente, continuità delle cure con una vicinanza comunicativa di fiducia, l'empatia.

La seconda parte si sofferma sull'opportunità dello sviluppo territoriale dell'infermiere di famiglia e di comunità, con dei focus specifici non solo sul nome ma sulla sostanza del nuovo pensiero di sanità. Rispetto al tema della territorialità si osserva il recepimento del DM 77/2022, si parla attraverso atti documentali non solo del modello territoriale ma viene dettagliato anche le aspettative dei cittadini. È sicuramente un terreno nuovo per l'infermieristica che ha bisogno di essere sviluppato con attenzione, alcune differenze semantiche nell'individuare la figura sono dettate dalla storia e cultura degli ambienti/ luoghi regionali.

La terza parte del rapporto si sofferma sulla performance dell'assistenza infermieristica con l'intenzione di analizzare con sistemi di misurazione per proporre la collaborazione alla performance del sistema sanitario. Si tratta di iniziare a dare spunti di riflessione sugli esiti dell'assistenza come parte proattiva che incide su indicatori del sistema Salute. Focalizzare l'attenzione sugli indicatori consente di mettere in luce in modo concreto il valore e l'impatto della professione nella sostenibilità del sistema sanitario. Il concetto di misurare indirizza ad essere "contati" nei percorsi di politiche sanitarie. Un nuovo approccio che diviene sfida progettuale verso una dimensione in divenire che pur essendo in una dimensione non di "corsia" muove i suoi passi nel guardare gli esiti.

La quarta e ultima parte propone una riflessione sulle sfide della ricerca e della formazione universitaria in Italia relativa all'assistenza infermieristica. Si sviluppa così una analisi della struttura storica con analisi dell'accesso formativo alla professione, il percorso universitario ed eventuali master con le sue evoluzioni future. La ricerca e la produzione scientifica da parte della infermieristica viene vista come un'esigenza di sviluppo nei percorsi di management e di clinica come affermazione della pratica infermieristica. Si rilevano, anche in termini di prospettiva, i ruoli accademici, l'esigenza di approfondire le competenze cliniche: l'analisi pone l'attenzione sui percorsi universitari di laurea (trien-

nale e magistrale) con apertura a percorsi “specialistici”. La formazione della professione diventa un trampolino di ipotetico sviluppo richiesto dalle nuove generazioni anche da un punto di vista di “carriera”. L’approfondimento clinico visto come sviluppo professionale è sicuramente un’opportunità in una trasformazione di saperi anche in un’ottica di digitalizzazione di interventi a distanza, può considerarsi una risposta dei tempi che dovrà coinvolgere le istituzioni e i professionisti della salute.

Il documento, pertanto, oltre offrire dati cerca di individuare i percorsi e proiezioni lasciando degli stimoli per i prossimi anni, è un approccio nuovo che cerca di fronteggiare una trasformazione di saperi, di aspettative e richieste generati anche da nuovi bisogni di salute.

Il Rapporto ci consegna, infine, una mappa infermieristica del nostro Stivale diseguale che ha bisogno di uno sforzo unitario per essere ricompattata: finché la politica, i media, la società civile non si uniranno ancora più saldamente per chiedere una portata trasformativa dell’assistenza infermieristica, dei professionisti infermieri e delle organizzazioni, ogni riforma sarà monca. Non possiamo permetterci di rimanere ancorati a un modello che non risponde più alle esigenze reali delle persone. Il futuro della sanità si gioca nelle case, nei quartieri, nelle relazioni. E sarà il capitale umano – adeguatamente formato, valorizzato e integrato – a fare la differenza. (Barbara Mangiacavalli- presidente FNOPI)

In conclusione il merito della FNOPI è l’intento di fronteggiare in modo sistematico le criticità della professione infermieristica delineando in parte i contorni di una professione di aiuto “specifico” di assistenza inserita in un contesto di cambiamento di tutto il sistema salute.

La questione infermieristica affrontata attraverso studi e

riflessioni di esperti, è una pagina di sapere che può dare identità agli aspetti di cura della persona, che non è solo rivestito di un ruolo tecnico ma si esprime in una dimensione più alta. Ancora oggi è difficile disegnare la professione infermiera in una sanità in divenire, forse dovremo avere la capacità di lasciarci definire anche dagli altri siano essi i nostri utenti o collaboratori di altre professioni sanitarie.

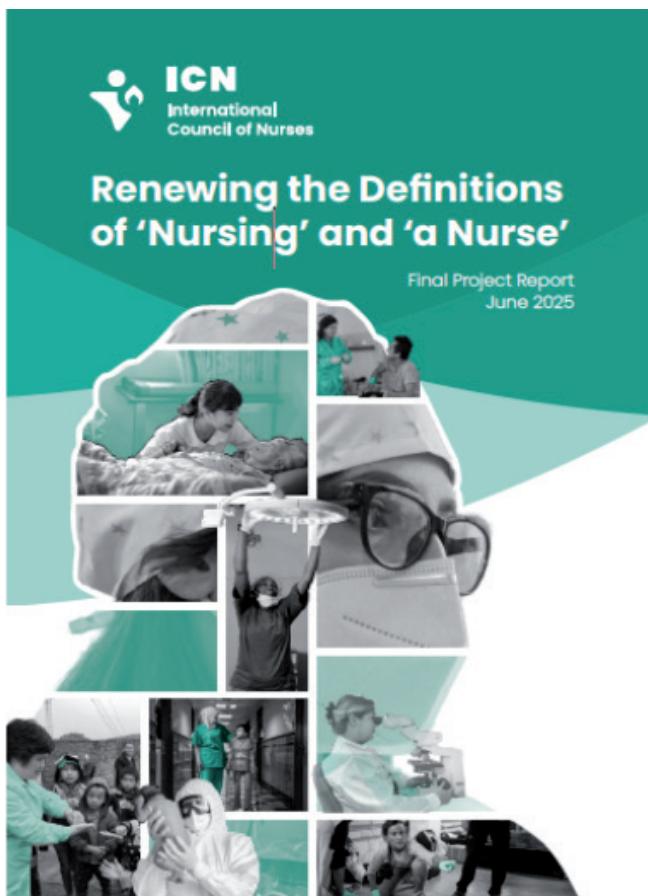
Resta inteso che se il sale perde il sapore difficile trovar è il modo per renderlo salato. Non è il piatto servito ma certo che senza “sale” ha tutt’uno altro sapore

	Dato nazionale	Minimo-Massimo Livello Regionale	Riferimento internazionale
Dotazione strutturale			
Infermieri per 1000 abitanti (internazionale)	6,5	-	8,4*
Infermieri per 1000 abitanti (2022, pubblici)	4,79	3,53 - 6,3	8,4*
Infermieri per 1000 abitanti (2024, iscritti FNOPI)	7,83	6,41 - 10,45	8,4*
Rapporto infermieri/medici (internazionale)	-	-	
Rapporto infermieri/medici (2022, pubblici)	1,5	1,9 - 3,19	2,2*
Infermieri in rapporto alla popolazione (2024)	5%	3,9% - 6,3%	-
Lavoro e retribuzione			
Percentuale di assenza (2022)	16%	14% - 19%	-
Retribuzione media (2022)	32.400	26.200 - 37.200	39.800*
Opportunità di carriera			
Rapporto comparto/dirigenti (2022)	1,7	0,2 - 4,3	-
Infermieri in posizioni apicali (2024)	1,7%	0% - 5%	-
Indice soffitto di cristallo (2022)	1,4	0,8 - 2,3	-
Ricerca e formazione			
Numero di posizioni accademiche (2024)	83	0 - 21	-
Produttività scientifica FWCI (2024)	1,11	-	-
% di provenienti da Liceo (triviale, 2023)	68,2%	-	-
Intenzione di proseguire studi (triviale, 2023)	76,4%	-	-
% personale docente accademico (LM, 2024)	22%	18% - 24%	-
Esperienza Infermieri			
Intenzione di cambiare lavoro (2020-2024)	30%	-	-
Esperienza Pazienti			
Soddisfazione assistenza ricevuta (2020-2024)	84%	-	-

* OCSE Health Statistics 2024

La nuova definizione di infermieristica dell'ICN: ridfinire il significato dell'essere infermiere oggi

Currò Alessia, Rossi Aviano



Con la pubblicazione delle nuove **definizioni di "assistenza infermieristica"** e di **"infermiere"**, l'**International Council of Nurses (ICN)** ha compiuto un passo storico per la professione. Dopo oltre vent'anni, l'ICN ha promosso un processo di revisione globale – *Renewing the Definitions of 'Nursing' and 'a Nurse'* – che ha coinvolto centinaia di professionisti da tutto il mondo, con l'obiettivo di aggiornare il linguaggio e i significati dell'infermieristica contemporanea, riflettendo la realtà attuale e futura della pratica. La **Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i (CNAI)**, membro ICN per l'Italia, ha curato la **traduzione ufficiale italiana** del documento, resa disponibile nel luglio 2025 grazie al lavoro di **Giuseppe Cani**, garantendo un testo fedele, accurato e culturalmente aderente al contesto professionale italiano.

L'**assistenza infermieristica** è definita come un'attività dedicata a sostenere il diritto di tutti a godere del più

elevato standard di salute raggiungibile, attraverso un impegno condiviso nel garantire assistenza e servizi collaborativi, culturalmente sicuri e centrati sulla persona. Essa è agita sostenendo l'accesso equo alla salute e ad ambienti sicuri e sostenibili.

L'esercizio professionale dell'assistenza infermieristica incarna la **filosofia e i valori** della professione nell'erogare cure di livello professionale negli aspetti più personali della vita e della salute delle persone. Questo esercizio si fonda su una combinazione di **conoscenze scientifico-disciplinari, abilità tecniche, standard etici e relazioni terapeutiche**, che rappresentano il nucleo dell'agire infermieristico.

L'**infermiere**, secondo la nuova definizione ICN, è un professionista che ha ricevuto una formazione scientifica e disciplinare e ha acquisito le abilità, le competenze e i principi filosofici dell'assistenza infermieristica, rispettando regole, standard e codici etico-deontologici consolidati. Gli infermieri sono figure chiave nel migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, promuovere la salute, prevenire le malattie, tutelare la sicurezza del paziente, alleviare la sofferenza e preservare la dignità della persona lungo tutto l'arco della vita, fino al suo termine. Operano in **autonomia** e in **collaborazione** con altre figure professionali, in contesti diversi e complessi, attraverso attività di advocacy, processi decisionali informati dalle evidenze e relazioni terapeutiche culturalmente sicure. Forniscono assistenza clinica e sociale compassionevole e centrata sulla persona, contribuiscono al miglioramento dei sistemi sanitari e promuovono la salute pubblica, favorendo ambienti sicuri, equi e sostenibili. Rivestono una funzione unica nel promuovere la salute e l'assistenza delle popolazioni, instaurando rapporti di fiducia con individui, famiglie e comunità, e svolgono un ruolo fondamentale nel **coordinamento, nella supervisione e nell'attribuzione** di attività ad altri operatori coinvolti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Le parole chiave che attraversano il documento – **conoscenze scientifiche, abilità, standard di salute, autonomia, advocacy, efficacia** – descrivono una professione consapevole della propria complessità e del proprio impatto nel contesto sanitario globale.

"It is self-evident that an occupation, especially a profession, whose services affect human life must define its function."

Virginia Henderson¹

La revisione proposta dall'ICN nasce dall'esigenza di **actualizzare l'immagine e l'essenza della professione**, riconoscendo che ciò che oggi è e fa l'infermiere non può più essere espresso con le categorie del passato. L'approccio metodologico adottato dall'ICN è stato **mulfattoriale e multimodale**, volto a garantire inclusione, trasparenza e verificabilità, e a costruire una definizione che fosse al tempo stesso universale e rispettosa delle diversità culturali e dei diversi modelli sanitari.

Uno degli elementi più significativi di questa ridefinizione è il concetto di **autonomia professionale**, preferito al termine "indipendenza", per sottolineare la capacità dell'infermiere di esercitare un **giudizio clinico e decisionale informato**, fondato sulle prove di efficacia ma anche sulla considerazione dei valori, del-

le preferenze e delle risorse di chi riceve assistenza. Questo concetto sposta l'attenzione dall'agire isolato alla **responsabilità condivisa**, in cui l'infermiere diventa figura di riferimento per la qualità e la sicurezza delle cure, ma anche promotore di cultura e di equità nella salute.

Nel documento ICN, l'**advocacy** assume un valore esplicito: rappresenta il dovere etico e professionale di sostenere le persone nella difesa dei propri diritti alla salute, anche quando esse stesse non sono in grado di farlo. Parallelamente, la **sicurezza culturale** viene riconosciuta come dimensione fondante dell'assistenza: non è definita da ciò che l'infermiere crede di fare, ma da come la persona assistita percepisce la cura ricevuta. Essa invita a un costante esame critico delle relazioni di potere e dei pregiudizi che possono influenzare la pratica assistenziale, promuovendo contesti inclusivi, rispettosi e privi di discriminazione.

Nel suo insieme, la nuova definizione di *nursing* restituisce una visione **integrata e moderna della professione**, capace di unire scienza, etica e umanità. Ridefinire l'assistenza infermieristica e la figura dell'infermiere significa riaffermare che l'infermieristica è una **disciplina scientifica e una pratica sociale**, radicata nella conoscenza, nella relazione e nella responsabilità. È un invito a riconsiderare il nostro ruolo come professionisti della salute pubblica, protagonisti del cambiamento, promotori di giustizia e sostenibilità, ma soprattutto **custodi della dignità umana** nelle sue molteplici forme.

La conoscenza come forma di cura

Dellafoire Federica

Introduzione

La ricerca infermieristica è il ponte che collega ciò che sappiamo con ciò che facciamo — e ciò che facciamo con ciò che possiamo ancora scoprire. Parlare di ricerca oggi significa parlare dell'essenza stessa della professione: di ciò che dà senso al nostro agire quotidiano, e che rende l'infermieristica non soltanto una pratica, ma una disciplina viva, in continua evoluzione.

Viviamo in un tempo in cui la sanità cambia rapidamente: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità, lo sviluppo della sanità territoriale e l'introduzione delle tecnologie digitali stanno ridefinendo i modelli assistenziali. In questo scenario, agli infermieri è richiesta un'autonomia crescente — ma un'autonomia che si fonda su conoscenze solide, su evidenze verificabili, su capacità di giudizio critico. In questo contesto, la ricerca non è un lusso o un compito riservato a pochi: è una condizione necessaria per garantire qualità, sicurezza e significato alla cura. Solo attraverso la ricerca possiamo comprendere i fenomeni assistenziali nella loro complessità, misurare gli esiti sensibili all'assistenza, e costruire modelli di cura davvero centrati sulla persona.

Ma la ricerca infermieristica è anche una dimensione culturale e politica: è la voce con cui la professione parla di sé, produce il proprio sapere, partecipa ai processi decisionali e orienta il cambiamento. In un sistema sanitario sempre più standardizzato e tecnologico, essa preserva il legame con l'essenza più profonda del prendersi cura: comprendere, osservare, interrogarsi, migliorare.

In fondo, conoscere — per un infermiere — è il primo atto del prendersi cura.

La ricerca come fondamento dell'identità professionale

Per capire l'importanza della ricerca infermieristica, è necessario guardare alle nostre radici. Per secoli, l'assistenza è stata tramandata come sapere pratico: un sapere prezioso, ma raramente sistematizzato, e dunque poco riconosciuto come conoscenza scientifica. L'infermiere era il "braccio operativo" della medicina, non ancora un professionista capace di pensare, analizzare e produrre sapere proprio.

La svolta arriva quando la disciplina inizia a porsi domande fondamentali: cosa significa prendersi cura? qual è il contribu-

to specifico dell'infermieristica alla salute delle persone e delle comunità?

Da qui nasce il passaggio da un sapere "fatto di gesti" a un sapere fondato sul pensiero e sulla riflessione.

Con Florence Nightingale, tra il 1820 e il 1910, la professione si apre al metodo scientifico. Nightingale osserva, raccoglie dati, li analizza e li traduce in miglioramenti concreti delle condizioni ospedaliere: è la prima "ricercatrice moderna" dell'assistenza. Negli anni '60 e '70, la nascita delle grandi teorie (Orem, Roy, Rogers, Watson, Leininger, Peplau) segna la maturità epistemologica della disciplina: la cura viene concepita come fenomeno relazionale, umano e ambientale. Negli anni '80 e '90, l'Evidence-Based Nursing consolida la dimensione empirica: integra evidenze, esperienza clinica e valori del paziente, affermando la ricerca come strumento concreto per migliorare la pratica quotidiana. Infine, dagli anni 2000 in poi, la ricerca infermieristica entra nei dottorati, nei progetti competitivi e nei linguaggi globali, che danno al sapere infermieristico visibilità e interoperabilità nei sistemi sanitari digitali.

Oggi possiamo dire che la ricerca ha dato alla professione un linguaggio, un metodo e una visione. Ha trasformato l'infermiere da esecutore di pratiche a professionista riflessivo, capace di fondare la propria azione su evidenze e valori. La ricerca, dunque, non è un accessorio della professione: è ciò che la fonda e la distingue. È attraverso la ricerca che l'infermieristica si riconosce come disciplina autonoma, con un proprio oggetto di studio — la cura — e un proprio sguardo sulla salute.

Dalla teoria alla pratica e ritorno: il ciclo virtuoso della conoscenza infermieristica

Spesso immaginiamo il rapporto tra teoria e pratica come una linea: si produce la teoria, la si applica, si ottengono risultati. Ma la conoscenza infermieristica funziona diversamente: è un sistema circolare, dinamico e generativo.

L'Evidence-Based Practice (EBP) rappresenta il movimento dalla teoria alla pratica: traduce i risultati della ricerca in decisioni cliniche e assistenziali, rendendo la pratica più sicura, efficace e coerente con le migliori evidenze disponibili. Tuttavia, la EBP non è un semplice insieme di protocolli: è un processo decisionale complesso che integra quattro dimensioni — evidenze scientifiche, esperienza clinica, valori della persona assistita e contesto operativo. È in questa integrazione che si esprime l'essenza della

competenza infermieristica contemporanea.

Ma esiste anche il movimento inverso: la *Practice-Based Evidence* (PBE). Quando la pratica è vissuta in modo riflessivo, osservato e documentato, diventa a sua volta fonte di conoscenza.

Ogni contesto assistenziale — dal reparto ospedaliero alle case della comunità — può diventare un laboratorio di ricerca. Ogni infermiere, osservando, interrogandosi e migliorando la propria azione, genera evidenza, anche senza accorgersene. La PBE restituisce dignità scientifica alla pratica quotidiana, perché riconosce che la conoscenza nasce dall'esperienza vissuta, dall'incontro con la persona, dalle domande che sorgono nel fare. Così, teoria e pratica si alimentano reciprocamente in un ciclo virtuoso: **teoria → pratica → riflessione → nuova teoria → nuova pratica.**

È questo il cuore dell'evoluzione disciplinare: un sapere in continua trasformazione, che cresce dal dialogo tra esperienza e pensiero. Un tempo parlavamo di *Evidence-Based Practice*; oggi dobbiamo aggiungere la *Practice-Based Evidence*: perché ciò che accade ogni giorno nei reparti, nelle case della comunità e nei servizi territoriali è già ricerca — se sappiamo osservarlo, documentarlo e restituirlo alla scienza.

Il valore della ricerca: una riflessione personale

E a questo punto, dopo aver attraversato la storia, i fondamenti teorici e le implicazioni professionali della ricerca infermieristica, vorrei chiudere con una riflessione più personale. Vorrei condividere il motivo per cui, negli anni, la ricerca mi ha affascinata, conquistata, e perché continua a farlo ogni giorno.

Per me, la ricerca è molto più di un'attività accademica o di un percorso professionale.

La ricerca è conoscenza — nel senso più profondo e originario del termine. Fare ricerca significa conoscere ciò che abbiamo tra le mani, comprendere ciò che viviamo, interrogare ciò che ci circonda. E non c'è nulla di più profondamente umano di questo desiderio di capire, di dare senso alle cose, di cercare il perché e il come. Il desiderio di conoscere appartiene a tutti noi: è ciò che ci accomuna come esseri umani. Quindi la ricerca è estremamente invischiata con la parte più profonda di tutti noi, e che ci costituisce come persone. È la curiosità che ci spinge a guardare oltre, a non accontentarci, a cercare qualcosa di più. Senza curiosità, senza questo impulso a sapere e a trasmettere conoscenza, non ci sarebbe stato nessun progresso: né la scoperta del fuoco, né quella della ruota, né le conquiste della scienza.

Ecco perché, per me, **la ricerca non è solo un mestiere, ma un modo di essere**. E con il tempo ho capito che essere ricercatori non significa semplicemente "fare ricerca": significa guardare il mondo con occhi di ri-

cerca. È uno sguardo abitato da curiosità e stupore, che entra in ogni situazione con l'idea che ci sia qualcosa da scoprire, da capire, da conoscere meglio. Diventa un *habitus*, una forma mentis, un modo di stare al mondo. Chi ricerca, cambia: cambia il modo di vedere, di ascoltare, di pensare. Quasi inconsapevolmente. Curiosità e stupore diventano tratti del volto, del gesto, dello sguardo: plasmano il ricercatore, lo rendono capace di cogliere connessioni invisibili e di stupirsi sempre di più.

C'è poi un altro aspetto straordinario, che mi affascina ogni volta che ne percepisco la profondità e la portata: **la ricerca non finisce mai**. Ogni piccola conquista apre immediatamente nuove domande, nuovi percorsi, nuove possibilità di conoscenza. È un viaggio senza fine, e forse è proprio questa la sua bellezza. Perché più conosci, più ti rendi conto di quanto resta da conoscere. Più si approfondisce la conoscenza di un fenomeno, o parte di esso, più ci si rende conto di quanto di quel fenomeno manca da conoscere... e ciò crea un senso di piccolezza, che insieme allo stupore, diventano il motore per andare avanti, e alimentano la fame e la sete — senza fine — di conoscenza del ricercatore.

Da questa esperienza e consapevolezza conquistata, che nel tempo, nasce **la virtù più preziosa di chi fa ricerca: l'umiltà**. L'umiltà di chi percepisce la grandezza del mondo, e la propria piccolezza di fronte ad esso. L'umiltà di chi non smette mai di stupirsi, di chi sa che ogni sapere è provvisorio, e che la verità si costruisce solo nel dialogo e nel dubbio. L'umiltà di chi comprende che la conoscenza non si possiede, ma si custodisce, si condivide, si mette a servizio. L'umiltà di chi non ha paura di perdere perché la purezza della conoscenza è la più grande delle vittorie.

Ed è proprio qui che **il metodo scientifico** assume tutto il suo valore. Nel metodo scientifico, tutta la potenza di quanto descritto sopra, trova la sua massima possibilità di espressione. Osservare, interrogare, formulare ipotesi, verificare, dubitare, ricominciare: è una strada che dà forma alla curiosità, che la rende sapere condiviso, verificabile, utile alla collettività. In fondo, il metodo scientifico è il modo in cui l'essere umano trasforma il desiderio di capire in qualcosa di concreto, affidabile e condivisibile, e su cui ha costruito tutta la nostra società.

Nell'infermieristica, questa dinamica e dimensione diventa ancora più potente. Perché l'oggetto del nostro conoscere è la persona — con la sua salute, la sua fragilità, la sua storia, la sua unicità. Fare ricerca in infermieristica significa non smettere mai di cercare: non solo nuove risposte, ma nuovi modi di comprendere, di ascoltare, di prendersi cura. È cercare di illuminare quei punti di contatto tra scienza e umanità, tra metodo e senso, tra sapere e cura. E credo che sia proprio questo il cuore della ricerca infermieristica: una scienza che nasce dall'umano e che all'umano ritorna.

Quindi, **conoscere — per un infermiere — non è solo sapere. È il primo, profondo atto del prendersi cura.**

Interview with Professor Barbara Riegel: The Essence of Nursing Research

Introduction

Professor Riegel, your vision has helped redefine the meaning of nursing research, interweaving theory, practice, and care.

In this dialogue, we would like to reflect with you on what makes research a living experience — one deeply connected to the heart of caring and to the professional identity of nurses.

1. What does nursing research represent to you in its deepest essence?

And what, in your view, is the most profound value of research when applied to nursing?

BR. I think that anyone who has engaged in clinical care has thought about why something happens and how processes of care can be changed to be more effective or easier. For me, the value (and fun) of research is derived from those 'why' and 'how' questions. It's an opportunity to address issues in the existing system and change things to make them better for patients, families, and providers. When I've been successful in modifying care and received feedback from patients, families, and/or colleagues, it has been the most rewarding experience imaginable.

2. In what ways can research be considered a form of care — not only for patients, but also for the profession itself?

BR. I loved taking care of a single patient, but research allows me to take care of many patients all at once. When I implement a new practice or identify an element of care that is particularly effective and practice is modified, I know that I've done something that fosters the well-being of staff and the people we care for.

3. There is often a perceived distance between those who conduct research and those who work in clinical settings.

4. What do you see as the meeting point between research and practice? And how can we bridge this gap?

Intervista con la professoressa Barbara Riegel: L'essenza della ricerca infermieristica

Introduzione

Professoressa Riegel, la sua visione ha contribuito a ridefinire il significato della ricerca infermieristica, intrecciando teoria, pratica e assistenza.

In questo dialogo vorremmo riflettere con voi su ciò che rende la ricerca un'esperienza viva, profondamente connessa al cuore dell'assistenza e all'identità professionale degli infermieri.

1. Cosa rappresenta per Lei la ricerca infermieristica nella sua essenza più profonda? E qual è, secondo Lei, il valore più profondo della ricerca applicata all'assistenza infermieristica?

BR. Penso che chiunque si sia occupato di assistenza infermieristica abbia riflettuto sul perché qualcosa accade e su come i processi di cura possano essere modificati per renderli più efficaci o semplici. Per me, il valore (e il divertimento) della ricerca derivano da queste domande sul "perché" e sul "come". È un'opportunità per affrontare i problemi del sistema esistente e cambiare le cose per migliorarle per pazienti, famiglie e operatori sanitari. Quando sono riuscita a modificare con successo l'assistenza e ho ricevuto feedback da pazienti, famiglie e/o colleghi, è stata l'esperienza più gratificante che si possa immaginare.

2. In che modo la ricerca può essere considerata una forma di cura, non solo per i pazienti, ma anche per la professione stessa?

BR. Mi piaceva prendermi cura di un singolo paziente, ma la ricerca mi permette di prendermi cura di molti pazienti contemporaneamente. Quando metto in atto una nuova pratica o identifico un elemento di cura particolarmente efficace e modifichiamo la pratica, so di aver fatto qualcosa che promuove il benessere del personale e delle persone di cui ci prendiamo cura.

3. Spesso si percepisce una distanza tra chi conduce la ricerca e chi lavora in ambito clinico. Qual è, secondo lei, il punto di incontro tra ricerca e pratica? E come possiamo colmare questo divario?

BR. I've always been confused about this issue because I don't see a distance. Perhaps this is because I started my research career as a Clinical Nurse Researcher in a system of hospitals. There I found that nurses were thrilled that their administrators had given them this "gift" of someone who cared about their clinical issues and had some tools to help bring about change. It's true that many staff struggled when we had journal club discussions of research. And some of those staff decided not to join the journal club. But part of that job is finding ways to bring research to a wider audience. One way to build bridges between these two worlds, I think, would be to host discussions of research conducted on relevant topics. For example, nurses working in a medical-surgical unit might be interested in research on new methods to prevent hospital-acquired infections or prevent falls. If the topic is meaningful, nurses will attend, even if they struggle to understand elements of the study.

4. Why should clinical nurses feel they are part of research, even if they do not conduct studies or publish papers?

BR. Clinical nurses provide the topics that clinical researchers want to study. Without that input from clinicians, researchers will struggle to make meaningful contributions to clinical care. Together, clinicians and researchers make a wonderful team!

5. If you could leave a message to young nurses about "why do research," what would you tell them?

BR. Dream of a world where you can provide the care you want to provide, organize the unit the way you want it to run, and give patients a way to improve their quality of life. By doing research, you can achieve those goals.

BR. Sono sempre stata confusa su questo argomento perché non vedo una distanza. Forse perché ho iniziato la mia carriera di ricercatore come infermiere clinico in un sistema di ospedali. Lì ho scoperto che gli infermieri erano entusiasti del fatto che i loro dirigenti avessero fatto loro questo "dono", ovvero qualcuno che si prendeva cura dei loro problemi clinici e aveva gli strumenti per aiutarli a realizzare il cambiamento. È vero che molti membri del personale hanno avuto difficoltà quando abbiamo discusso di ricerca nel Journal Club. E alcuni di loro hanno deciso di non iscriversi. Ma parte di quel lavoro è trovare il modo di portare la ricerca a un pubblico più ampio. Un modo per costruire ponti tra questi due mondi, credo, sarebbe quello di ospitare discussioni su ricerche condotte su argomenti pertinenti. Ad esempio, gli infermieri che lavorano in un reparto medico-chirurgico potrebbero essere interessati alla ricerca su nuovi metodi per prevenire le infezioni nosocomiali o le cadute. Se l'argomento è significativo, gli infermieri partecipano, anche se hanno difficoltà a comprendere alcuni elementi dello studio.

4. Perché gli infermieri clinici dovrebbero sentirsela parte della ricerca, anche se non conducono studi o pubblicano articoli?

BR. Gli infermieri clinici forniscono gli argomenti che i ricercatori clinici desiderano studiare. Senza il contributo dei colleghi che operano nella clinica, i ricercatori faranno fatica a fornire contributi significativi all'assistenza infermieristica. Insieme, infermieri clinici e ricercatori formano una squadra meravigliosa!

5. Se potessi lasciare un messaggio ai giovani infermieri sul "perché fare ricerca", cosa diresti loro?

Sogna un mondo in cui puoi fornire l'assistenza che desideri, organizzare il reparto come desideri e offrire ai pazienti un modo per migliorare la loro qualità di vita. Facendo ricerca, puoi raggiungere questi obiettivi.

La ricerca qualitativa come strumento di umanizzazione e scoperta: intervista alla dottoressa Giovanna Artioli

Andreina Saba

“La passione per la ricerca è legata alla bellezza della scoperta”, afferma la dottoressa Giovanna Artioli, infermiera, docente e ricercatrice con una lunga esperienza nel campo della ricerca qualitativa. In questa intervista, ci accompagna in una riflessione profonda sul valore umano, epistemologico e clinico della ricerca qualitativa, sottolineandone il potenziale trasformativo nella pratica infermieristica.

Perché appassionarsi alla ricerca qualitativa?

La ricerca qualitativa è un atto di scoperta e di relazione, emerge una visione della ricerca come esperienza profondamente umana e trasformativa. La sua passione per la ricerca nasce da un impulso autentico verso la scoperta: “se tu ti avvicini alla ricerca, incominci a capire la bellezza dello scoprire, la bellezza della conoscenza, la bellezza di conoscere cose che prima non avevi idea che fossero presenti”. È in questo senso di meraviglia, di apertura verso l’ignoto, che si alimenta il desiderio di indagare e comprendere.

La ricerca, secondo Artioli, non è solo un esercizio metodologico, ma un atto creativo, gratificante e generativo: “tu scopri davvero qualche cosa che è nuovo e che prima non conoscevi e in qualche modo, di conseguenza, puoi dare anche un contributo agli altri e alla società: teoricamente e anche praticamente”. Questo contributo parte dagli studi già esistenti, ma si fonda sulla volontà di aggiungere qualcosa di nuovo: “uno degli elementi che fanno della ricerca una scoperta è il fatto di cercare la novità, ancora prima dell’impostazione del lavoro di ricerca” ma anche “andare a vedere che cosa già gli altri hanno scoperto per cercare di capire che cosa possiamo aggiungere noi alle scoperte degli altri”.

Nel contesto della ricerca qualitativa, questa tensione verso la novità si accompagna all’uso di metodologie che favoriscono la relazione e l’introspezione. Artioli cita con entusiasmo “le interviste, i Focus Group, i diari narrativi, ma adesso anche i Photo Voice, l’uso delle fotografie, dei filmati” racconta di “strumenti veramente innovativi” che permettono di entrare in contatto profondo con l’esperienza vissuta delle persone. Questi strumenti, infatti, “favoriscono la relazione con gli altri e anche lo sviluppo dell’interiorità, perché tu entri nella persona...scopri cose che non sapresti se non ti venissero comunicate”.

Un concetto chiave che emerge è quello di empatia, intesa non come semplice immedesimazione, ma come

ascolto autentico: “non è che, se siamo passati dalla stessa esperienza, la viviamo come la vivono loro, bisogna sentire e ascoltare come la vivono loro”. La ricerca qualitativa, in questo senso, diventa uno spazio privilegiato per accogliere e comprendere l’altro nella sua unicità, Artioli sottolinea come l’analisi qualitativa metta in luce “l’interiorizzazione, l’introspezione, i pensieri, le emozioni, i sentimenti, anche l’intelligenza, i concetti, la conoscenza”, ovvero tutto ciò che è profondamente umano e che “non vedi a occhio nudo, come invece vedi il dato oggettivo”. È proprio questa capacità di dare voce all’invisibile che rende la ricerca qualitativa uno strumento potente di umanizzazione.

Quale è il valore aggiunto della ricerca qualitativa?

La ricerca qualitativa non si contrappone alla ricerca quantitativa, ma la completa. Nel confronto tra approcci quantitativi e qualitativi invita a superare la logica del “meglio o peggio” e a riflettere sul valore aggiunto che ciascun metodo può offrire in relazione al fenomeno studiato. “Il problema non è tanto meglio l’uno o meglio l’altra, ma è definire bene il problema di ricerca e scegliere rispetto al problema di ricerca che tipo di metodologia utilizzare”. La ricerca qualitativa, in particolare, si distingue per la sua capacità di illuminare aspetti complessi, poco indagati o profondamente legati all’esperienza umana, che spesso sfuggono alle maglie della misurazione numerica.

Artioli riconosce i meriti della ricerca quantitativa, “che oggettivizza e misura, con un’accentuazione sul fatto che i grandi numeri e le grandi analisi statistiche ci fanno avvicinare alla verità”, ma sottolinea come la qualitativa sia insostituibile quando si tratta di “approfondire fenomeni particolari... Se è un fenomeno complesso, se è un fenomeno molto poco indagato”. In questi casi, “la ricerca qualitativa ci può dare degli elementi che la ricerca quantitativa di per sé credo che non potrebbe dare”, offrendo uno sguardo più intimo e contestualizzato.

Un esempio emblematico che Artioli propone è quello della curva di Gauss, simbolo della ricerca quantitativa: “voi avete presente la curva gaussiana... tutti i dati che sono considerati affidabili stanno dentro alla campana, quelli che invece non stanno dentro vanno nelle code”. Ma cosa accade se “io fossi in quella coda e non sono considerata?” – si chiede

de provocatoriamente – “è la mia persona, il mio parere, quello che mi succede anche farmacologicamente, non viene considerato”. Questo interrogativo mette in luce il rischio di escludere l’unicità dell’esperienza individuale in nome della standardizzazione.

Con ironia, Artioli aggiunge un esempio paradossale: “se noi avessimo una persona che ha il cervello in congelatore e i piedi in un forno, la media della temperatura potrebbe essere normale”. Un’immagine che, pur divertente, evidenzia i limiti della media statistica nel cogliere la realtà vissuta. È proprio in questo spazio che la ricerca qualitativa trova la sua forza: nel dare voce a ciò che non può essere ridotto a numeri, nel valorizzare la singolarità e la profondità. Un passaggio conseguente diventa l’integrazione tra i due approssi: “ultimamente ci si sta orientando a mixare i due tipi di metodi, cioè qualitativo e quantitativo”. L’uso combinato – prima il qualitativo per esplorare, poi il quantitativo per misurare, o viceversa – permette di ottenere una comprensione più completa e sfaccettata dei fenomeni. In un’epoca in cui si parla sempre più di medicina personalizzata, questa prospettiva appare quanto mai attuale: “la persona è unica e quindi le standardizzazioni sì, vanno bene, ci aiutano, però arrivano fino a un certo punto”.

Qual è l’impatto che può avere la ricerca qualitativa sulla pratica clinica?

La ricerca qualitativa rappresenta una leva fondamentale per promuovere una vera personalizzazione dell’assistenza. Grazie alla sua capacità di esplorare vissuti, percezioni e bisogni individuali, essa consente di costruire interventi realmente centrati sulla persona, andando oltre i protocolli standardizzati. Quando si discute dell’impatto concreto della ricerca qualitativa sulla pratica clinica, la dottorella Giovanna Artioli mette in luce un aspetto decisivo: la sua potenza nel tradurre il principio della personalizzazione in azioni assistenziali tangibili. “Se l’idea dell’assistenza infermieristica è davvero la personalizzazione dell’intervento, probabilmente la ricerca qualitativa è più in grado di darci elementi di personalizzazione”, afferma con convinzione.

ne. Ed è proprio questa capacità di entrare in contatto con l’unicità di ogni individuo che rende la qualitativa uno strumento insostituibile: essa permette di conoscere profondamente la persona, di ascoltarla, di coinvolgerla, costruendo l’intervento per e con lei.

Attraverso l’ascolto e l’analisi delle esperienze individuali, la ricerca qualitativa permette di raccogliere “sensazioni, vissuti che sono singolari”, che poi possono essere “accoppati, integrati con diversi altri vissuti, emozioni eccetera”, offrendo una visione più ricca e sfumata del fenomeno studiato. In questo modo, si costruisce una base solida per interventi clinici più mirati, più rispettosi della soggettività del paziente, e quindi più efficaci.

Artioli sottolinea come questa prospettiva sia già ampiamente valorizzata in altri contesti internazionali: “non a caso credo che il Canada, l’infermieristica canadese, è andata decisamente sulla strada della ricerca qualitativa”. Gli infermieri ricercatori canadesi, secondo lei, “insegnano al mondo intero”, dimostrando come l’approccio qualitativo possa diventare un riferimento globale per una pratica clinica più umana e centrata sulla persona.

Tuttavia, in Italia, la ricerca qualitativa è ancora “un’esperienza di nicchia”, che fatica a trovare spazio e riconoscimento. Artioli denuncia le difficoltà nel “considerarla, svilupparla, dedicarle tempo e soprattutto farla accogliere come risultati nelle nostre riviste scientifiche”. Eppure, è proprio in questo tipo di ricerca che si trova la chiave per trasformare la teoria della personalizzazione in pratica concreta, per rendere l’assistenza non solo tecnicamente competente, ma anche profondamente empatica e rispettosa della diversità umana.

Ringraziamo la dottorella Giovanna Artioli per aver condiviso con generosità la sua visione e la sua esperienza, ricordandoci che la ricerca qualitativa non è solo uno strumento scientifico, ma un modo per avvicinarsi con rispetto e profondità all’unicità di ogni persona.

La ricerca medica e la storia. Intervista al Professor Mazzarello

Sara Rosaria Tubbiolo

La ricerca medica e la storia sono strettamente intrecciate: l'evoluzione della medicina, infatti, è stata guidata nei secoli, da scoperte, osservazioni e innovazioni che hanno cambiato il modo di intendere la salute. Per comprendere questo legame, è utile ripercorrere alcuni momenti fondamentali della storia della medicina.

Per approfondire questo tema, poniamo alcune domande al **Professor Paolo Mazzarello**, docente di Storia della Medicina all'Università di Pavia e autore di numerosi saggi, tradotti anche all'estero.

Il Professor Mazzarello ha dedicato la sua carriera a ricostruire le radici della **scienza medica**.

In questa intervista ci accompagna in un viaggio attraverso alcune scoperte, aiutandoci a comprendere come conoscere il passato possa aiutarci a porci delle sfide per il futuro.

Professore quanto è stata importante la ricerca nella storia della medicina?

La ricerca è la chiave di volta fondamentale nello sviluppo della medicina, che è cambiata in relazione alle varie fasi storiche dell'umanità e al trascorrere del tempo.

Le prime pratiche mediche erano spesso legate a credenze teurgiche cioè magico-religiose. In quanto tali, oltre a caratterizzare fasi ancestrali della civiltà umana, hanno avuto una concreta persistenza nell'arte popolare del curare fino a tempi relativamente recenti. Poi la medicina è andata evolvendo, fino ad **Ippocrate** (circa 460-370 a.C.) che la trasforma in una professione. Considerato il “**padre della medicina**” occidentale, Ippocrate promuove un **approccio razionale e scientifico** attraverso l'osservazione del paziente e dei suoi disturbi, per elaborare delle diagnosi.

Secondo la **teoria degli umori**, l'equilibrio armonioso tra il sangue, la bile gialla, la bile nera e la flemma, manteneva il corpo in salute (“eucrasia”). Malattie e squilibri si manifestavano quando uno o più umori erano in eccesso o in difetto (discrasia). La prevalenza di uno o più di questi umori, si riteneva potesse determinare anche il carattere della persona, ancora oggi si dice “essere di buon umore”. Questa teoria fu alla base della medicina per molti secoli, influenzando diagnosi e terapie, per esempio utilizzando salassi, diete e purghe.

Nel **tardo Medioevo** e nel **Rinascimento** la medicina compie un grande passo avanti, si sviluppa un approccio più scientifico. Alla semplice osservazione dei sintomi del paziente si affiancò lo studio diretto del corpo umano per mezzo della dissezione del cadavere. Questo cambiamento, noto come **rivoluzione anatomica**, segna il passaggio da una medicina legata alla tradizione a una medicina fondata sull'osservazione empirica, sull'esperimento e poi sul metodo scientifico. Medici come **Andrea Vesalio** iniziarono a studiare il corpo umano attraverso autopsie e dissezioni, contribuendo ad un fondamentale progresso conoscitivo del corpo umano. Nel secolo successivo il pensiero di **Galileo Galilei** diventò centrale, egli sosteneva che la natura ha un suo linguaggio, un linguaggio matematico e che solo imparando questo linguaggio fosse possibile comprenderla davvero. Per lui conoscere significava osservare, conoscere, misurare e sperimentare, verificando ogni ipotesi con dati concreti.

Professore proprio in uno dei suoi libri, ‘**Storia avventurosa della medicina**’ parla di come la dissezione anatomica abbia segnato una svolta nella storia della medicina abbandonando gradualmente spiegazioni puramente teoriche o tramandate dalla tradizione. Ponendo le basi che ancora oggi sono il fondamento della ricerca, il **metodo scientifico**.

La ricerca parte da una domanda, dalla curiosità, dalla sperimentazione. Alcune sperimentazioni hanno portato a scoperte completamente inaspettate, cambiando il corso della storia. Ce ne racconti qualcuna.

L'università di Pavia, una delle Università più antiche d'Italia, è stata ed è ancora una fornace di grandi scienziati. Pensiamo a **Camillo Golgi** che proprio qui a Pavia studia e scopre una nuova struttura della cellula, identificando un apparato fondamentale che ha preso il suo nome, l'apparato del Golgi. Inoltre, inventa un metodo di studio del sistema nervoso che permette di decifrarne la struttura nascosta; studio per il quale gli è stato conferito il premio Nobel nel 1906.

Un altro esempio è quello di **Edoardo Porro**, ginecologo-ostetrico e professore all'università di Pavia, che mise a punto nel 1876 un intervento di taglio cesareo modificato che per la prima volta permetteva la sopravvivenza

non solo del bambino ma anche della madre, in un'epoca in cui la mortalità per le partorienti sottoposte a questo tipo di intervento era elevatissima. Oggi il taglio cesareo, ulteriormente variato dopo Porro, è praticato in tutto il mondo.

La scienza è spesso un viaggio imprevedibile dove la domanda iniziale apre porte che non sapevamo nemmeno esistessero. Pasteur disse che "il caso favorisce le menti preparate".

Uno degli esempi più famosi è la scoperta casuale della penicillina. **Alexander Fleming** negli anni '20 stava facendo degli studi di microbiologia senza necessariamente cercare una cura per le infezioni. Un giorno per errore lasciò una coltura di stafilococchi vicino a una finestra, dimenticandosela subito dopo. Dopo alcuni giorni, si accorse che in alcuni punti della coltura i batteri non c'erano più e al loro posto era cresciuta una muffa; capì allora che la muffa aveva ucciso i batteri. Cominciò così a coltivare questa muffa e a studiarla, arrivando infine alla **scoperta della penicillina**. Il primo antibiotico: una rivoluzione nella medicina moderna.

Un altro esempio di idee che partono da un punto per arrivare ad un'altra soluzione.

Nell'inverno del 1890 il chirurgo **William Steward Halsted** si innamorò della ferrista che lo assisteva durante gli interventi chirurgici. In quel periodo gli operatori che si preparavano ad un intervento chirurgico dovevano immergere le mani e le braccia in una soluzione disinfettante, il bicloruro di mercurio, che nella ferrista in questione aveva portato a delle piaghe che ormai le impedivano di continuare a lavorare. Allora il Dottor Halsted che non poteva perdere la sua collaboratrice per due importanti motivi, professionale e sentimentale, acquisce l'ingegno per aggirare la difficoltà e chiede alla Goodyear Rubber Company di produrre a scopo sperimentale dei guanti lunghi di gomma. Era la prima volta che qualcuno aveva pensato di indossarli in sala operatoria. La soluzione fu talmente apprezzata dalla ferrista che man mano venne utilizzata da tutto il personale, da qui l'innovazione dell'uso dei guanti in sala operatoria. Nati per proteggere il personale, furono importantissimi per proteggere il paziente dalle infezioni.

Professore, la conoscenza e la tecnica, il metodo scientifico sono fondamentali per la ricerca, cosa fa la differenza?

L'intelligenza e la curiosità. La **curiosità** è ciò che spinge il ricercatore a farsi delle domande a esplorare strade nuove a notare dettagli che altri non hanno visto. Senza curiosità non ci sarebbe motivazione. **L'intelligenza** è la capacità di analizzare, di osservare di trovare connessioni e riconoscere l'importanza degli eventi. Il caso di **Agostino Bassi** è un esempio di come curiosità e intelligenza possano portare a scoperte di importanza universale. Siamo all'inizio del Diciannovesimo secolo e si pensava che le

malattie contagiose non fossero dovute ai microrganismi, ma esisteva la credenza che dipendessero da 'miasmi' o dall'aria cattiva, cioè da esalazioni nocive che, penetrando nel corpo, avrebbero indotto la trasmissione di morbi funesti, pensiamo alla Malaria.

In quest'epoca Agostino Bassi, **un giurista con la passione per la natura**, si interessava alla malattia che sviluppavano i bachi da seta. Nelle campagne del lodigiano dove viveva, era un problema che opprimeva i contadini e i coltivatori perché generava gravi danni economici nella produzione del tessuto. Durante le sue ricerche, spinto dalla curiosità personale e da una spiccata intelligenza, osserva che la malattia del baco da seta, la muscardina, è causata da microrganismi viventi. Era la prima dimostrazione sperimentale che un microbo genera una malattia infettiva animale. Questi studi rappresentano oggi la base della **microbiologia**. Anticipando di decenni le scoperte sulle malattie infettive. Qui abbiamo un esempio di quanto intelligenza, casualità e curiosità siano fondamentali. Questo esempio mostra un principio chiave della scienza: la curiosità e l'osservazione attenta permettono di riconoscere l'importanza di eventi casuali. La scienza è spesso un viaggio imprevedibile dove la domanda iniziale apre porte che non sapevamo nemmeno esistessero. Pasteur disse, molto a proposito, che "**il caso favorisce le menti preparate**". E' notizia di pochi giorni fa, l'AI attraverso lo studio della mammografia avrebbe diagnosticato un tumore al seno, 5 anni prima della diagnosi della malattia con il sistema attuale.

Professore oggi la ricerca scientifica si affida a moltissimi nuovi strumenti, tecnologia ed AI sono il futuro della medicina?

La **tecnologia** è scienza applicata e una delle tecniche più incredibili e versatili è l'**AI**.

Oggi gli sviluppi tecnologici e il mondo del digitale con al cuore l'AI sono ormai imprescindibili nella ricerca scientifica.

La capacità di un sistema computerizzato di analizzare velocemente un numero enorme di dati, riconoscere schemi e fare previsioni in modo simile all'intelligenza umana, ma con velocità infinitamente superiore, è qualcosa di sorprendente ed emozionante pur essendo soltanto la prestazione di una macchina per elaborare informazioni. Siamo in quella fase in cui la quantità delle informazioni ne determina la qualità.

L'AI rimane comunque uno **strumento** concepito per aiutare comprendere e utilizzare informazioni che per un individuo ordinario sarebbero impossibili da elaborare in tempi brevi

Una volta per andare da un punto A ad un punto B si andava a piedi, poi abbiamo avuto il cavallo, poi le biciclette poi le autovetture, oggi l'intelligenza artificiale corrisponde al razzo.

La ricerca Infermieristica e la ricerca medica affrontano i problemi con visioni diverse ma con un unico obiettivo.

Quanto è importante favorire la ricerca e la collaborazione attiva?

Il medico e l'infermiere sono due entità professionalmente distinte ma con ampie aree di sovrapposizione scientifica, etica e culturale, con percorsi diversi ma che dialogano sulla base di una profonda **osmosi** pratica e concettuale che trova nella clinica al letto del malato la sua profonda ragione d'essere. Il loro obiettivo è comune: **curare la persona nel miglior modo possibile.**

La **ricerca infermieristica** è importante e fondamentale

perché individua i bisogni delle persone per cercare di migliorare la qualità dell'assistenza, sviluppando pratiche basate sulle evidenze scientifiche (Evidence-Based Nursing), dà voce ad aspetti essenziali come una comunicazione corretta e adeguata, la ricerca del benessere psicologico e sociale, un miglior trattamento dei pazienti, contribuendo a una visione più completa e umana della cura.

Ringrazio di cuore il Professor Paolo Mazzarello dell'università di Pavia per il tempo che ci ha dedicato e per aver condiviso con noi le sue preziose conoscenze. Ascoltare la storia della medicina attraverso le sue parole è sempre un'esperienza estremamente interessante e arricchente.

La ricerca infermieristica: quale significato in una professione che cambia?

Stefano Terzoni, Ricercatore di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Milano

È passato molto tempo dal primo articolo sulla ricerca infermieristica che ebbi il piacere di pubblicare, nel lontano 2010, insieme alla Prof.ssa Anne Destrebecq (Destrebecq & Terzoni, 2010). Si stava concludendo il primo ciclo di dottorato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università degli Studi di Milano, tra le prime ad avviare un percorso dottorale infermieristico in Italia. Il contesto era profondamente diverso da quello odierno: gli infermieri universitari in Italia erano 34 e la loro produzione scientifica ammontava a 136 pubblicazioni indirizzate. Tale numero, oggi, si ritrova nei singoli curricula di molti ricercatori e professori del nostro settore: il mondo della ricerca infermieristica attuale non somiglia neppure lontanamente a questo scenario. Gli infermieri in università nel 2024 erano 83: i professori ordinari sono passati da 2 a 10, gli associati da 17 a 36, i ricercatori da 16 a 37 (FNOPI, 2025). L'introduzione dell'abilitazione scientifica nazionale (L.240/2010) ha rivoluzionato i criteri della ricerca fissando requisiti specifici per l'accesso ai concorsi, tra cui il numero minimo di articoli pubblicati e il numero di citazioni ricevute dai propri lavori, come misura dell'impatto della propria ricerca nella comunità professionale. L'infermieristica in università è oggi una realtà importante e consolidata, che annovera figure di primo piano riconosciute a livello internazionale, cui in molti casi si devono numerosi dei traguardi raggiunti dalla professione. In parallelo è notevolmente aumentata la produzione scientifica infermieristica, spesso diretta verso riviste internazionali, ma cosa pubblicano gli infermieri oggi?

Gli studi disponibili confermano la prevalenza di studi in ambito oncologico, pediatrico, cardiologico, di salute mentale, emergenza, riabilitazione (Zhu, 2020a) visti da varie angolazioni come il self-care, le middle-range theories e il concetto di "fundamentals of care". Cambiano i disegni di studio: le revisioni in ambito formativo, ad esempio, non sono più solo narrative (14.2%) o sistematiche (19.5%) ma anche integrative (24.8%) ossia finalizzate a unire dati quantitativi e qualitativi e scoping (19.5%) per mettere a fuoco gli ambiti di ricerca futuri. Approfondiscono la simulazione e l'uso delle tecnologie educative, gli esiti in termini di pensiero critico e successo accademico degli studenti (Oermann et al., 2024). È vivace il filone della leadership (Kantek, 2023) dei modelli organizza-

tivi e dell'intenzione di abbandonare la professione; l'Italia, infine, si colloca al 15° posto nella classifica dei Paesi che hanno pubblicato studi infermieristici finanziati (Zhu, 2020b).

In questo scenario di cambiamenti è rimasto fermo il significato della ricerca infermieristica, semplicemente perché il fondamento dell'assistenza infermieristica, da cui essa deriva, è sempre la persona assistita: la ricerca nasce dai problemi della pratica quotidiana, attraversa tutte le fasi del metodo scientifico ma poi chiude il cerchio tornando alla persona, direttamente attraverso l'assistenza clinica o indirettamente tramite la formazione e il management. La spinta verso il governo clinico, la gestione dei rischi e la valutazione degli esiti, unita allo sviluppo normativo, dei percorsi universitari e di carriera, ha reso indispensabile produrre evidenze in tutti gli ambiti della sanità; per questo motivo la ricerca infermieristica non è più confinata agli IRCCS e agli ospedali universitari ma è sempre più presente anche in altre organizzazioni e sul territorio, in forma strutturata a livello di management o spontanea nelle unità operative. Ciò tuttavia non significa che la ricerca sia una mera forma di "documentazione scientifica" delle attività svolte: avere dati non significa produrre ricerca, se non si colma un vuoto nella conoscenza esistente a beneficio di tutta la comunità professionale. Per fare ciò è utile vedere la ricerca come elemento di snodo: il ricercatore infermiere ha una "cassetta degli attrezzi" metodologici da mettere a disposizione dei colleghi, per consentire che le domande nate dall'assistenza clinica ricevano una risposta corretta, utilizzabile dalla più ampia fetta possibile della comunità professionale, applicabile all'organizzazione dal management infermieristico e trasmissibile dai formatori infermieri ai colleghi e futuri tali. Ecco perché la domanda fondamentale alla fine di uno studio è il "So what?" anglosassone, ossia "E allora?": la ricerca produce sempre informazioni ossia "notizie" utili alla presa di decisioni, ma è importante che lo sforzo compiuto e le risorse impiegate producano risultati utili all'avanzamento alla professione. Questa riflessione sembra particolarmente importante in ambienti complessi e multiprofessionali come quelli odierni, in cui è necessario chiedersi quale sapere proprio dell'assistenza infermieristica, capace di produrne l'avanzamento, derivi

dalle attività scientifiche in cui gli infermieri sono coinvolti a vario titolo e vari livelli.

Queste brevi riflessioni, fatte a titolo puramente personale e non istituzionale, hanno inteso condividere un punto di vista sull'importante ruolo che la ricerca infermieristica ha per la professione in quest'epoca di cambiamenti. La produzione di conoscenza disciplinare, che per sua natura richiede integrazione con l'assistenza diretta alla persona, il management e la formazione, rappresenta un motore in grado di contribuire efficacemente allo sviluppo della professione in un contesto complesso come quello attuale.

Il contenuto del presente articolo presenta il pensiero personale dell'autore e non è legato in alcun modo alle posizioni dell'Istituzione di appartenenza.

Bibliografia

- Destrebecq, A., & Terzoni, S. (2010). La recherche en sciences infirmières: Une réalité internationale. *Recherche en Soins Infirmiers*, (100), 57–59.
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) & Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. (2025). *Rapporto sulle professioni infermieristiche*. FNOPI. URL: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-FNOPI-S.ANNA-ok.pdf>
- Kantek, F., Yesilbas, H., & Ozen, T. A. (2023). Leadership and care in nursing research: A bibliometric analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1234–1248. <https://doi.org/10.1111/jan.15527>
- Oermann, M. H., Bailey, H. E., Carter-Templeton, H., Condy, C., Wrigley, J., & Ledbetter, L. S. (2024). Bibliometric analysis of nursing education reviews. *Nurse Education Today*, 139, 106217. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106217>
- Zhu, R., Wang, Y., Wu, R., Meng, X., Han, S., & Duan, Z. (2020a). Trends in high-impact papers in nursing research published from 2008 to 2018: A Web of Science-based bibliometric analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1041–1052. <https://doi.org/10.1111/jonm.13038>
- Zhu, R., Liu, M., Su, Y., Meng, X., Han, S., & Duan, Z. (2020b). A bibliometric analysis of publication of funded studies in nursing research from Web of Science, 2008–2018. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3106–3118. <https://doi.org/10.1111/jan.14578>

Dalla cura all'evidenza: viaggio nella storia della ricerca infermieristica

Alessia Currò, Studente, CdL Infermieristica, Università degli Studi di Parma
Orejeta Diamanti, Professioni Sanitarie, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS, Padova

La parola *infermiere*, come sappiamo, deriva dal latino *in firmus*, “infermo”, “debole”, “malato”. L’assistenza infermieristica nasce dunque come un “essere accanto” a chi è fragile. Ma se l’etimologia richiama una vicinanza fisica, la storia racconta un’evoluzione profonda: da gesto caritatevole a pratica intuitiva, fino a diventare una disciplina scientifica e autonoma.

Oggi la **ricerca infermieristica** rappresenta uno dei pilastri dello sviluppo professionale, orientando la pratica verso modalità sempre più efficaci, sicure e basate su evidenze scientifiche. Eppure, questa dimensione scientifica è frutto di un lungo percorso. Le sue radici affondano nel XIX secolo, ma il riconoscimento istituzionale e metodologico arriva solo nella seconda metà del Novecento (1).

Le origini e l’approccio empirico

La figura di **Florence Nightingale** è unanimemente considerata la madre della ricerca infermieristica. Durante la Guerra di Crimea (1854–1856) raccolse e analizzò dati, calcolò tassi di mortalità e dimostrò l’impatto delle condizioni igieniche sulla sopravvivenza dei soldati. Nel suo celebre *Notes on Nursing* (1859) formulò raccomandazioni basate su osservazioni sistematiche, ponendo così le basi di un approccio empirico all’assistenza (1).

Dal lavoro pionieristico di Nightingale si arriva a **Virginia Henderson**, che affermò come, per poter parlare di *nursing* come scienza, fosse necessario dimostrare che essa stessa fosse oggetto di ricerca scientifica. La sua eredità è cruciale: liberò l’infermieristica dalla dipendenza concettuale della medicina, conferendole un linguaggio e un campo di studio propri. Insieme a Smith introdusse negli anni ’20 il *Comparative Nursing Practice*, uno dei primi esempi di formazione sistematica alla ricerca infermieristica (2).

Il riconoscimento della ricerca come disciplina autonoma si consolidò anche grazie alla nascita delle prime riviste scientifiche dedicate. Negli Stati Uniti, il 1952 vide la fondazione di *Nursing Research*, primo periodico interamente orientato alla ricerca infermieristica (1), che divenne una piattaforma fondamentale per la diffusione e la validazione delle scoperte.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, il trasferimento delle

scuole infermieristiche all’università favorì l’integrazione della ricerca nei curricula. Nel 1946 nacque la **Division of Nursing** presso l’*Office of the Surgeon General* e, nel 1955, il **National Institutes of Health** istituì la *Nursing Research Study Section*, finanziando i primi studi infermieristici (3).

Dalla ricerca all’EBP

Negli anni ’70 e ’80 si svilupparono modelli teorici, strumenti di misurazione e studi clinici. In questo periodo nacque anche il concetto di *research utilization*, ovvero l’uso dei risultati della ricerca per migliorare la pratica (4). Tra i protagonisti di questo sviluppo si ricordano **Harriet Werley**, ideatrice del *Nursing Minimum Data Set* (5), e **Shirley Marie Stinson**, fondatrice della ricerca infermieristica in Canada, che promosse formazione e politiche di finanziamento (6).

L’evoluzione della formazione infermieristica — con l’ingresso nelle università e l’avvio di percorsi post-base — ha consolidato l’idea che conoscenze, abilità e responsabilità professionali si alimentino di **ricerca continua e pratica basata sulle evidenze** (*Evidence-Based Practice*, EBP). Il concetto di EBP nasce negli anni ’90 presso la McMaster University (Canada), con l’obiettivo di integrare le migliori evidenze scientifiche con l’esperienza clinica e i valori del paziente. In breve tempo, questo approccio si estese anche al nursing, divenendo una componente essenziale della pratica infermieristica. Come sottolinea Casati (2005), “è un processo intenzionale, sistematico e circolare finalizzato a confermare, modificare e accrescere le conoscenze sulla realtà e sui legami tra i fenomeni”.

Nel 1986 la nascita del **National Center for Nursing Research (NCNR)** — divenuto nel 1993 il **National Institute of Nursing Research (NINR)** — segnò un punto di svolta, promuovendo studi clinici e sostenendo la diffusione della ricerca infermieristica (3). Parallelamente, i rapporti dell’*Institute of Medicine* riconobbero la piena pertinenza delle attività infermieristiche rispetto alla missione del *National Institutes of Health* e al paradigma della *Evidence-Based Medicine*.

La situazione in Italia

In Italia, la ricerca infermieristica ha seguito un percorso più lento rispetto ai paesi anglofoni. Come ricorda Ciccone (2009), per lungo tempo la formazione è rimasta ancorata a un modello pratico-ospedaliero (7). La svolta arriva negli anni '90, con la riforma universitaria e l'introduzione delle lauree triennali, che consentono l'integrazione della metodologia della ricerca nei curricula, la crescita della produzione scientifica e l'accesso a master e dottorati.

Un passaggio fondamentale è il D.M. 739/94, che ridefinisce il profilo professionale dell'infermiere, riconoscendogli un ruolo attivo nello sviluppo e nell'applicazione della ricerca per migliorare la qualità dell'assistenza. Parallelamente, il Codice Deontologico dell'Infermiere (8) sottolinea il dovere etico di contribuire all'avanzamento della conoscenza scientifica, rendendo la ricerca parte integrante della responsabilità professionale.

Nel 1999 nasce il movimento Evidence-Based Prevention, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, volto a migliorare la pratica della prevenzione sanitaria basandosi su evidenze aggiornate. In ambito infermieristico si afferma il concetto di Evidence-Based Nursing (EBN), definito come il processo attraverso cui l'infermiere assume decisioni cliniche integrando le migliori prove disponibili, l'esperienza professionale e le preferenze del paziente (9).

Il vero impulso all'adozione di EBP ed EBN in Italia arriva nei primi anni 2000 (10), grazie alla traduzione dei principali testi di riferimento, alla nascita di riviste specializzate e alla progressiva integrazione della metodologia della ricerca nei corsi universitari.

Formazione e ruolo dell'infermiere ricercatore

Oggi la metodologia della ricerca è parte integrante dei percorsi formativi: nei corsi di laurea, nelle lauree magistrali e nei master si affrontano temi di epidemiologia, statistica, metodi quantitativi e qualitativi. Tuttavia, la maggior parte delle ricerche in Italia è ancora realizzata senza fondi dedicati, sostenuta dall'impegno personale e da collaborazioni con università e centri di ricerca (11). L'implementazione delle EBP nel contesto italiano incontra ancora alcune sfide: mancanza di tempo, carichi di lavoro elevati, resistenza al cambiamento e la percezione, a volte, che la ricerca sia estranea alla pratica quotidiana.

Eppure, la storia della ricerca infermieristica in Italia racconta la crescita di una professione che ha conquistato autonomia e maturità scientifica, passando da un modello esecutivo a un approccio decisionale, critico e riflessivo. Oggi l'infermieristica italiana non solo risponde in modo

dinamico alle sfide della salute pubblica, ma **contribuisce attivamente alla produzione di conoscenze scientifiche**. La figura dell'infermiere ricercatore è ormai riconosciuta e in progressiva espansione, assumendo un ruolo strategico nella generazione di evidenze e nell'innovazione dei processi assistenziali.

Le prospettive future dipendono dalla capacità del sistema formativo e organizzativo di **sostenere questa figura**, garantendo risorse dedicate, promuovendo collaborazioni interdisciplinari e favorendo l'implementazione delle evidenze nella pratica clinica. Solo così sarà possibile rafforzare il legame tra ricerca e assistenza, mantenendo il paziente al centro di un'assistenza non solo compassionevole, ma anche scientificamente fondata.

Bibliografia

1. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Wolters Kluwer; 2020.
2. Nurse24. Sviluppo e ricerca infermieristica. Disponibile su: www.nurse24.it/infermiere/sviluppo-ricerca-infermieristica.html
3. History of NINR. National Institute of Nursing Research (NINR). 2023; Disponibile su: www.ninr.nih.gov/aboutnir/history
4. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:367.
5. Werley HH, Devine EC, Zorn CR. *Nursing Minimum Data Set: An Abstraction Tool for Computerized Nursing Services Data*. In: Saba VK, Rieder KA, Pocklington DB, curatori. *Nursing and Computers: An Anthology*. New York, NY: Springer; 1989
6. Stinson SM, Ross-Kerr JC, curatori. *International Issues in Nursing Research*. London: Routledge; 2025. p. 340
7. Ciccone G. *Storia ed evoluzione dell'assistenza e della ricerca infermieristica*. Firenze: Centro Scientifico Editore; 2009.
8. FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. Codice Deontologico dell'Infermiere. 2019. Disponibile su: www.fnopi.it
9. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs*. 1998;1(2):38–9.
10. Filippini A, Sessa A, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Evidence-based practice among nurses in Italy. *Evid Health Prof*. settembre 2011;34(3):371–82.
11. Boi E. Ricerca infermieristica: Cresce l'impegno, mancano i fondi. *Quotidiano Sanità*. 2019; Disponibile su: www.quotidianosanita.it

VULNOLOGIA questa sconosciuta!

Francesca Turrini, Coordinatore Infermieristico, Centro di Vulnologia, Istituto Clinche Zucchi, Monza

Nonostante nel mondo l'amputazione maggiore di arto risulti terza come causa di morte, dopo tumore al polmone e infarto, il mondo della Vulnologia rimane un grande mistero per il grande pubblico e talvolta anche per il personale sanitario.

La causa di questo gap formativo va ricercato nell'assenza quasi totale di lezioni dedicate a questa "arte" sia negli atenei di medicina e chirurgia, che per le discipline infermieristiche. Definisco la Vulnologia come un'arte poiché non esiste percorso scientifico strutturato sotto alcuna disciplina. Infatti, esistono dermatologi, angiologi, chirurghi, chirurghi vascolari, geriatri e altri che si auto definiscono "vulnologi" in quanto specialisti sul campo della materia ma senza competenze curricolari accademiche specifiche. Questo ha portato ad un po' di confusione in quanto esiste un master di I livello volto agli infermieri che rende chi completa il percorso specialista in vulnologia o all'inglese wound care specialist.

Nonostante non esista un percorso specialistico strutturato, è sicuramente vero che ognuno di noi nella sua pratica clinica o personale si sia trovato a vedere o dover gestire una persona portatrice di lesioni. Con i termini "lesione", "piaga" o se preferite nell'accezione più moderna "ferita non tendente alla guarigione" vengono classificate tutte quelle zone di discontinuità cutanea non tendenti alla guarigione spontanea entro le due/quattro settimane di corretto trattamento. E sotto quest'egida vengono racchiuse dalle lesioni da pressione a quelle di natura vascolare dell'arto inferiore fino ad arrivare alle espressioni cutanee di patologia oncologica alle deiscenze chirurgiche... praticamente quindi tutto lo scibile medico. È per questo che a prescindere dal curriculum di studio ogni medico o infermiere che si appassiona alla Vulnologia e dedichi tempo e studio (master di I livello o corsi tenuti da società scientifiche nazionali o internazionali) alla disciplina può approcciarsi con successo a questo campo.

Non esiste persona che non abbia avuto un conoscente o un familiare con "quella ferita che non guariva mai" e non esiste tirocinante medico o infermiere che non abbia visto un decubito durante il suo percorso di studi. Ci si deve quindi domandare come mai la Vulnologia non venga inserita in modo sistematico e obbligatorio nel nostro

percorso di studi. Esistono realtà particolarmente illuminate e sensibili all'argomento che dedicano corsi elettivi o laboratori all'argomento, solitamente solo perché tra il corpo docenti c'è qualcuno con il master in Wound Care. Quindi tutti noi sanitari sappiamo di cosa tratta la Vulnologia ma spesso non abbiamo le competenze di base per affrontare in modo preciso e puntuale questo problema di salute.

Lesioni Da Pressione

Un capitolo a sé stante va dedicato ai decubiti. Gli inglesi chiamano i decubiti "bed sore", letteralmente "ferita da letto", il che rende perfettamente l'idea dell'eziologia di queste lesioni. Storicamente si definivano piaghe questo tipo di lesioni, ma questa definizione è stata abbandonata perché porta con sé una certa accezione negativa (sei una piaga, non fare la piaga...). Anche decubito non descrive perfettamente l'eziologia poiché la lesione scaturisce da una combinazione di eventi e non solo dallo stazionare, ossia dal decubitare. Questo genere di lesioni è purtroppo presente in una percentuale molto alta. Se si parla di popolazione ospedaliera circa il 3% dei pazienti in Italia ha avuto un decubito, se si analizza la popolazione nelle medicine generali questi numeri aumentano notevolmente. Nel 2018 una azienda che si occupa di pressioni negative ha lanciato una campagna a livello mondiale dal titolo "close to zero", poiché pur pensando ad un mondo ideale in cui esistono competenze materiali e tempo per poter prevenire i decubiti da allattamento esistono comunque quelli non prevenibili ovvero le lesioni causate da device salvavita. Esempi di queste lesioni sono i decubiti da tubo endotracheale, da cannule per la circolazione extracorporea o drenaggi.

Noi infermieri insieme al personale di supporto siamo il primo baluardo che permette ai nostri degenti ricoverati ad esempio per una frattura di femore di non andare a casa camminando perfettamente ma con un decubito taliare che inficia la bontà del recupero fisioterapico oppure alla persona che riesce a sopravvivere ad un arresto di circolo grazie alla professionalità di cardiologi o intensivisti che però maledice l'ospedale per avergli regalato un decubito al sacro.

Nel bagaglio culturale infermieristico, nel nostro DNA, abbiamo la conoscenza della mobilizzazione precoce del degente, il cambio posturale e l'attenzione ai presidi che utilizziamo. Consideriamo che il cambio posturale "ogni due ore" è dato dal tempo in cui Florence Nightingale impiegava a fare il giro dei suoi pazienti, non esistono studi a sostegno di queste tempistiche. Si devono infatti considerare lo stato generale della persona, i parametri vitali, lo stato di coscienza e i presidi a disposizione. La mobilizzazione del degente deve essere fatta il più precocemente possibile dopo un intervento chirurgico e il più possibile, in linea teorica bisognerebbe simulare i micromovimenti che ognuno di noi esegue durante la giornata.

La tecnologia legata ai presidi antidecubito ha fatto, negli ultimi anni, dei passi da gigante. Non è questo il luogo in cui snocciolare la mia conoscenza di tali presidi ma suggerisco al lettore di valutare sempre insieme ad un tecnico ortopedico e alla azienda fornitrice l'utilizzo della superficie più indicata anche in funzione della autonomia residua del paziente. Un guscio posturale di ultimissima generazione con un cuscino super performante non andrà affatto bene per un paziente che possa ad esempio guidare. E non sottovalutiamo mai l'inventiva e la fantasia dei nostri assistiti: Cuccia del cane usata come cuscino antidecubito!



Arto Inferiore

In Inghilterra esiste la "Lindsay Leg Club Foundation", fondata da una collega infermiera e basata sul concetto di auto-aiuto tra pazienti, che pubblica report annuali statistici sulla presenza, l'incidenza e l'eziologia di lesioni a carico dell'arto inferiore. Possiamo prendere questi dati a modello, non essendo basati su dati mondiali o sulla nostra popolazione ma la prevalenza di lesioni a carico dell'arto inferiore è dell'1% per arrivare fino al 3,6% nella popolazione over 65. Visti questi dati ci si deve chiedere come mai ognuno di noi sa quali sono le azioni da introdurre per la gestione di un decubito ma pochissimi sanno gestire correttamente un problema all'arto inferiore.

Se per il decubito tutti sappiamo quanto sia imperativo

rimuovere la causa di pressione prima di poter ragionare sulla modalità di medicazione, non è così automatico pensare che la lesione all'arto inferiore venga gestita con un bendaggio. Esiste già letteratura vasta e prestigiosa e studi che attestano come gold standard per l'arto inferiore l'utilizzo del bendaggio.



Insufficienza Venosa

Con il concetto di bendaggio si intende una vera e propria terapia che prevede la sovrapposizione di medicazioni, laddove esista una lesione, e bende con caratteristiche molto precise che il professionista in Vulnologia deve conoscere perfettamente. I problemi all'arto inferiore sono causati per la grande maggioranza (91% dei casi presso il nostro Centro) da un problema di insufficienza venosa non gestita e che scaturisce in edema. Questo edema stressa la cute e provoca delle zone di ipoperfusione sulle quali possono originare lesioni che non tendono alla guarigione a causa dell'edema stesso. Questi pazienti hanno assoluta necessità di seguire il percorso terapeutico che prevede dei bendaggi. Un concetto ormai superato se si parla di bende, ma ancora fondamentale se si parla di calza, è l'elastocompressione. Attorno agli anni Ottanta si è insinuato invece il concetto di indice di Stiffness o rigidità della benda che è un concetto che prende in considerazione più fattori contemporaneamente.

Il bendaggio deve sempre essere confezionato partendo dalla radice delle dita ed arrivando a due dita circa dal cavo popliteo e, non a caso, è la stessa superficie che copre poi il gambaletto elastico o il tutore che viene consigliato al paziente per evitare di incorrere in recidive. La scelta della classe e della tipologia di calza o tutore deve essere fatta insieme ad un tecnico ortopedico e possibilmente con l'aiuto di un medico angiologo o chirurgo vascolare. Ad esempio presso il nostro Centro preferiamo consigliare l'utilizzo del tutore rigido con velcro a wrap per quei pazienti che hanno difficoltà nel posizionamento in autonomia della calza o che abbiano aiuto da badante o care giver solo alcuni giorni la settimana. La calza infatti va obbligatoriamente tolta la notte, causa rischio trombosi, il tutore può anche essere mantenuto in sede più giorni di seguito e tolto solo per permettere le cure igieniche e di lavaggio del presidio stesso.



Tutore rigido con velcro o velcro wrap

Linfedema

Normalmente la gestione del linfedema viene affidato a fisiatra e fisioterapista, basti pensare ai percorsi di cura già consolidati nel tempo per le donne che, a causa di un tumore al seno, hanno subito mastectomia con svuotamento dei linfonodi ascellari. Esiste una fase che in acuto gestisce l'edema con massaggi e linfodrenaggi e una fase di consolidamento in cui al paziente vengono insegnate delle tecniche di autobendaggio, vengono consigliate guaine contenitive e magari utilizzato il macchinario della presso terapia anche al domicilio. Per l'arto inferiore il percorso è il medesimo anche se i centri che si occupano di questo, in Lombardia, sono davvero pochissimi e spesso il percorso è solo in regime privato.

Ma se sull'arto con linfedema è presente una ulcera? In questo caso entra in gioco la figura dell'infermiere *Wound Care Specialist*. L'edema che residua a causa del linfedema cronico è caratterizzato da un indurimento, una fibrosità della gamba con una deformazione non solo della parte di gamba ma spesso anche del piede o della coscia del paziente rendendo molto difficile, tecnicamente il confezionamento del bendaggio.



Una volta ridotto l'edema ed arrivati a guarigione, il paziente deve essere indirizzato da un chirurgo vascolare o da un fisiatra per certificare la diagnosi di linfedema (dopo

linfoscintigrafia) e ad un percorso chirurgico o fisioterapico per la gestione dell'edema anche poi con utilizzo di guaine, tutori e wrap.

Arteriopatia

Per la gestione delle lesioni sull'arto di un paziente affetto da arteriopatia è consolidata la possibilità di eseguire un



bendaggio anelastico ad elevata Stiffness solo se l'indice ABI (*Ankle Brachial Index*) è maggiore di 0.5. La letteratura è consolidata e chiara e permette, anzi consiglia in modo forte, il bendaggio se l'indice rispetta questo valore.

Presso il Centro di Vulnologia degli Istituti Clinici Zucchi di Monza stiamo portando avanti uno studio osservazionale, nato in seguito ad uno studio pilota condotto da una collega per la tesi di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, che mira a mostrare quanto un bendaggio anelastico rigido possa migliorare la perfusione periferica anche per i pazienti con arteriopatia grave ($ABI <0.5$), escludendo le ischemie critiche che vanno indirizzate urgentemente alla valutazione del chirurgo vascolare per un eventuale intervento in emergenza. I dati dello studio pilota raccolti dalla tesista in qualche mese di valutazione mostrano quello che ipotizzavamo e cioè che la perfusione periferica, prima di una eventuale rivascolizzazione, migliora. L'ipotesi di questa tesi nasce dall'osservazione clinica che abbiamo condiviso tra colleghi negli anni. I pazienti che gestiamo con il bendaggio migliorano fino a volte a guarire mentre aspettano i tempi tecnici della chiamata per l'intervento di angioplastica o bypass.

Conclusioni

Vorrei concludere dicendo che se si parla di Vulnologia esistono delle zone d'ombra anche per noi clinici esperti e che vanno illuminate grazie al faro della ricerca. In un ambito in cui la professionalità e l'autonomia infermieristica sono così spiccate la ricerca infermieristica specializzata deve emergere, in quanto esistono delle esigenze specifiche per la nostra professione. La ricerca in ambito vulnologico deve partire da problemi clinici reali, svilupparsi, e tornare nelle mani del clinico ma anche diffondere il più possibile in quanto la Vulnologia tratta problemi trasversali rispetto a tutte le discipline mediche

La costruzione dell'identità professionale infermieristica: riflessioni critiche e prospettive di cambiamento

Grazia Cavaliere, Infermiera, U.O. Pneumologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

L'identità professionale infermieristica è un costrutto dinamico, influenzato da valori morali, conoscenze, competenze e dal contesto socio-culturale. Si è evoluta a partire da Florence Nightingale, considerata la fondatrice del nursing moderno. Nel XIX secolo, Florence Nightingale introdusse un approccio basato sulla formazione strutturata e sulla centralità della persona assistita. Da allora, il nursing ha progressivamente acquistato autonomia disciplinare, competenze scientifiche e riconoscimento istituzionale. La recente pandemia da SARS-COVID-19 ha rappresentato una svolta storica: gli infermieri sono stati riconosciuti come pilastri del sistema sanitario, seppur sperimentando enormi pressioni organizzative, carichi di lavoro elevati e sindromi da stress lavoro correlate (1). La professione infermieristica è storicamente associata a immagini stereotipate come "la cura compassionevole" e la figura femminile dedita all'assistenza (2). Tuttavia, l'evoluzione del sistema sanitario, la complessità dei bisogni assistenziali e il riconoscimento dell'infermiere come leader hanno reso necessario ripensare cosa significhi essere oggi infermiere.

Nonostante i progressi, infatti, la società continua a percepire l'infermiere come "angelo della cura", "esecutore", "aiutante" o figura subordinata al medico. Questa immagine riduttiva, pur sottolineando la natura del "prendersi cura" infermieristico, non riflette la complessità del suo ruolo attuale (2). L'identità professionale infermieristica

non è qualcosa di statico, ma un percorso che cresce con l'esperienza e con la formazione. Tuttavia, per dare più valore alla professione è necessario superare gli stereotipi e valorizzare tutte le dimensioni del ruolo infermieristico: valori ed etica, conoscenze scientifiche, leadership, competenze cliniche, autonomia decisionale (3). Solo così l'infermiere potrà essere riconosciuto pienamente per il ruolo che riveste nel sistema sanitario.

Riflessioni personali

La lettura dell'articolo di Van derCingel (2021) (2) mi ha fatto riflettere sull'attuale visione dell'identità professionale infermieristica. In primo luogo, ho percepito quanto il peso degli stereotipi storici continui ad influenzare la professione. Nella mia esperienza formativa e nei contesti clinici in cui mi sono ritrovata, capita spesso che l'infermiere venga ancora visto come "colui che esegue" ordini medici o come figura di supporto, piuttosto che come professionista autonomo. Questo comporta il poco riconoscimento delle competenze cliniche e decisionali che invece fanno parte integrante del nostro ruolo.

In secondo luogo, credo che la dimensione dei valori morali, in particolare la compassione e l'attenzione alla persona, resti fondamentale. Ogni infermiere costruisce la propria identità professionale nel quotidiano attraverso le relazioni con i pazienti, i colleghi e la comunità. Non si tratta di un concetto statico, ma di un percorso in continua evoluzione che richiede riflessione critica ed autoconsapevolezza. A mio avviso, la vera sfida è quella di integrare i valori umani con le competenze scientifiche e tecniche, così che la cura diventi il risultato di un sapere complesso e non solo di un atteggiamento empatico.

Un altro punto che ritengo centrale e fondamentale riguarda la formazione: l'università dovrebbe non solo trasmettere conoscenze e abilità, ma anche fornire strumenti per costruire un'identità professionale solida, che includa autonomia e capacità critica.

Come spiega Douglas et al. (2024) (4), l'identità si costruisce già durante i percorsi accademici: se questa fase non è adeguatamente sostenuta, il rischio è che i futuri infermieri mantengano una visione riduttiva del proprio ruolo. Per questo è di fondamentale importanza superare il dualismo tra "fare" e "pensare". Essere infermieri

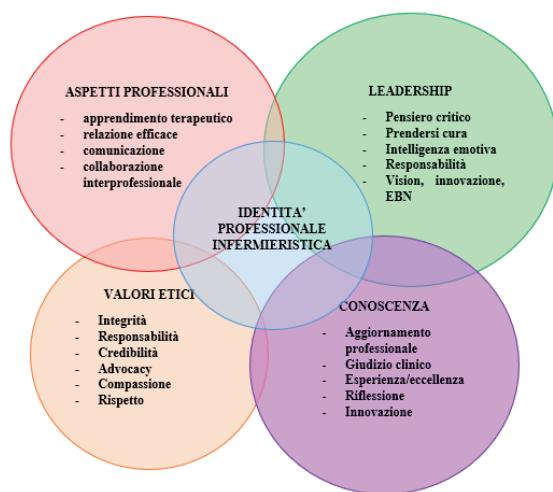


Figura 1. Aspetti fondamentali dell'assistenza infermieristica

ri oggi significa tanto prendersi cura quanto assumere decisioni cliniche, coordinare team, educare i pazienti e contribuire allo sviluppo delle politiche sanitarie. La pandemia ha messo in luce come il ruolo dell'infermiere va oltre il gesto tecnico: è presenza, resilienza e vicinanza. Se Florence Nightingale ha reso l'assistenza infermieristica una professione basata sull'osservazione e sulla cura sistematica, oggi abbiamo la responsabilità di integrare quella visione con le sfide contemporanee (tecnologia, multidimensionalità, cronicità e invecchiamento della popolazione), investendo nella ricerca e nella formazione avanzata, senza dimenticare il passato e guardando al futuro con consapevolezza.

In ultimo, ma non meno importante, il futuro della nostra professione dipenderà dalla capacità delle istituzioni di sostenere l'identità professionale infermieristica e valorizzarla a livello sociale e politico.

BIBLIOGRAFIA

1. Penturij-Kloks MMA, De Gans ST, Van Liempt M, De Vries E, Scheele F, Keijsers CJPW. Pandemic Lessons for Future Nursing Shortage: A Prospective Cohort Study of Nurses' Work Engagement before and during 16 Months of COVID-19. Mrayyan MT, curatore. *J Nurs Manag.*, 2023;2023:1–8.
2. Van Der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nurs Philos.* 2021;22(2):e12343.
3. Geoghan Marold SM, Strouse SM, Butcher D. Professional Identity in Nursing: A Narrative Review of the ISPIN Definition and Domains Usage. *SAGE Open Nurs.*, 2025;11:23779608251335240.
4. Douglass B, Stager SL, Shaw K, Hite A, Solecki S, Stanik-Hutt J, et al. Professional identity in nursing: Why it is important in graduate education. *J Prof Nurs.* 2024;52:50–5.

Ricerca e Professione: la voce degli studenti di infermieristica

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

Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, sede Fondazione Sacra Famiglia, Cesano Boscono, Milano

Siamo ormai giunti al termine del percorso di studi e abbiamo voluto chiedere agli studenti laureandi in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano – sede di Sacra Famiglia – di esprimere, in poche parole, cosa rappresenta per loro la ricerca all'interno della propria formazione e della futura professione. Le loro risposte offrono uno spaccato interessante e autentico, fatto di consapevolezze, curiosità e anche qualche difficoltà. Gli insegnamenti relativi alla ricerca, presenti nel corso di studi, hanno suscitato negli studenti emozioni contrastanti: molti hanno riferito una certa difficoltà nella comprensione del linguaggio scientifico e un senso di incertezza nel tradurre le evidenze in azioni pratiche.

Tuttavia, è incoraggiante notare come gli studenti riconoscano nella ricerca un elemento essenziale per lo sviluppo della professione infermieristica. Essa viene percepita come una risorsa preziosa per migliorare la qualità delle cure, supportare decisioni più consapevoli e garantire maggiore sicurezza nell'assistenza ai pazienti, contribuendo così al continuo miglioramento della qualità assistenziale. Durante l'esperienza di tirocinio, molti studenti hanno evidenziato il ruolo chiave degli assistenti di tirocinio, che li hanno spesso incoraggiati a consultare linee guida e protocolli operativi. Nonostante ciò, è emerso come in alcuni contesti clinici l'utilizzo della ricerca scientifica resti ancora limitato, a causa della mancanza di tempo o di strumenti adeguati a permettere la loro applicazione. Questi dati ci spingono, come docenti, a riflettere sulla necessità di rafforzare la formazione metodologica già acquisita durante il percorso universitario, con particolare attenzione allo sviluppo delle competenze di lettura critica della letteratura scientifica. Al tempo stesso, appare fondamentale stimolare l'utilizzo delle evidenze durante il tirocinio clinico, affinché lo studente possa fare esperienza concreta dell'approccio evidence-based.

La partecipazione a progetti di ricerca in ambito infermieristico ha suscitato un forte interesse tra gli studenti: la maggior parte si è mostrata favorevole, soprattutto se affiancata da professionisti esperti e adeguatamente formati. Tale interesse nasce dalla curiosità di comprendere i risultati che possono emergere dall'analisi dei dati, ma anche dal desiderio di contribuire in modo attivo al progresso della conoscenza e della pratica infermieristica. Le risposte degli studenti mostrano un atteggiamento positivo e proattivo nei confronti della ricerca, ma evidenziano anche ostacoli che ancora accompagnano questo percorso formativo. È quindi fondamentale continuare a creare spazi in cui la ricerca non sia solo un contenuto teorico, ma una dimensione viva e concreta della professione infermieristica. Solo così sarà possibile sviluppare una reale capacità di applicare le evidenze nella pratica clinica quotidiana. Questo dialogo con gli studenti ha fatto emergere la necessità di integrare maggiormente l'approccio evidence-based practice (EBP) nella didattica e nel tirocinio, attraverso progetti formativi e laboratori pratici che coinvolgano attivamente studenti e assistenti di tirocinio in attività di ricerca.

Cos'è, per loro, la ricerca in una parola? Qualità. Difficoltà. Progresso. Aggiornamento. Risposte.

La ricerca, per questi futuri infermieri, non è un semplice esercizio accademico, ma una leva per il cambiamento, un ponte tra sapere e fare, tra teoria e cura. Investire nella loro formazione alla ricerca significa non solo prepararli meglio, ma rendere più forte e competente l'intera professione infermieristica. Perché solo una professione che sa porsi domande è davvero capace di evolversi, di rispondere ai bisogni reali e costruire un'assistenza sempre più sicura e consapevole.

Il coordinatore infermieristico: quale ruolo nella ricerca scientifica?

Fusco Maria Antonietta, Coordinatrice infermieristica, U.O. Pneumologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
Franco Maria Rosa, Coordinatrice infermieristica, U.O. Medicina Generale I, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Negli ultimi decenni la professione infermieristica ha vissuto una profonda trasformazione, passando da un ruolo prevalentemente esecutivo a una funzione autonoma, responsabile e orientata alla produzione di conoscenze basate su prove di efficacia. Dal DM 739/94 alla Legge 251/2000, la ricerca infermieristica ha assunto sempre più importanza e, ad oggi, si configura da un lato come uno strumento operativo per migliorare la quotidianità clinica e per dare risposte concrete ai bisogni dei pazienti e delle comunità, dall'altro contribuisce a dare riconoscimento sociale e scientifico alla professione.

La ricerca infermieristica si sviluppa in diversi ambiti. In primo luogo, riguarda la valutazione e il miglioramento delle pratiche assistenziali, con l'obiettivo di garantire cure basate sulle migliori evidenze disponibili (Evidence Based Nursing). In secondo luogo, esplora aspetti organizzativi: dalla distribuzione dei carichi di lavoro alle dinamiche del team, fino all'impatto dei modelli gestionali sugli esiti di salute. Infine, interessa anche la dimensione educativa e formativa, contribuendo alla crescita continua delle competenze degli operatori.

In questo contesto, il coordinatore infermieristico ricopre un ruolo fondamentale: non è soltanto colui che pianifica i turni o gestisce le risorse, ma è un leader in grado di orientare il team verso obiettivi comuni, promuovere innovazione e sostenere attività formative e scientifiche (L. 43/2006). Nello specifico, il coordinatore si inserisce nel processo di ricerca con ruoli diversi ma complementari:

- ✓ **Promotore:** stimola interesse e curiosità scientifica tra gli infermieri, incoraggiandoli a porsi domande sulla pratica quotidiana e a partecipare a progetti di indagine
- ✓ **Facilitatore:** crea condizioni organizzative adatte a rendere possibile la partecipazione a studi, garantendo tempo, risorse e strumenti adeguati
- ✓ **Mediatore:** funge da raccordo tra personale infermieristico, direzioni aziendali, università e comitati etici, favorendo la collaborazione multidisciplinare
- ✓ **Supervisore:** monitora lo svolgimento delle attività di ricerca, vigilando sul rispetto degli standard metodologici e delle norme etiche

✓ **Diffusore:** promuove la pubblicazione dei risultati e la loro implementazione nella pratica clinica, sostenendo la condivisione delle buone pratiche cliniche.

Queste funzioni testimoniano come la ricerca, senza un coordinatore attento e motivato, rischierebbe di rimanere confinata alla teoria, senza ricadute significative sui servizi sanitari.

Per poter partecipare in modo proattivo alla ricerca, tuttavia, al coordinatore sono richieste multiple competenze. Sul piano teorico, sono necessarie conoscenze di base di metodologia della ricerca, statistica ed epidemiologia, oltre alla capacità di leggere criticamente articoli scientifici. Sul piano gestionale, è fondamentale avere abilità di project management: pianificazione, allocazione delle risorse, definizione dei tempi e valutazione dei risultati. Altrettanto importanti sono le soft skills: la leadership trasformazionale, capace di motivare e coinvolgere l'équipe, e la sensibilità etica, indispensabile per garantire la tutela dei diritti dei pazienti coinvolti negli studi. Il coordinatore, infatti, deve essere garante della correttezza delle procedure di consenso informato, della protezione dei dati e della sicurezza clinica.

Nonostante il riconosciuto valore della ricerca, il contesto sanitario attuale presenta diverse e numerose criticità che ne ostacolano l'implementazione. Una delle principali è la carenza di tempo: le esigenze assistenziali quotidiane lasciano poco spazio per attività scientifiche. A ciò si aggiunge la scarsità di risorse economiche e infrastrutturali, nonché una cultura della ricerca non sempre radicata in tutti i contesti assistenziali. Un'ulteriore difficoltà è rappresentata dalla complessità burocratica che accompagna l'attivazione di studi clinici (es. approvazione del comitato etico) che può scoraggiare il personale. Infine, la difficoltà del coordinatore di trovare un equilibrio tra compiti gestionali e ruolo di promotore della ricerca, evitando che la dimensione organizzativa prevalga su quella scientifica. Esempi di buona pratica che possono essere perseguiti dai coordinatori per contribuire concretamente allo sviluppo e all'implementazione della ricerca potrebbero essere: la creazione di gruppi di studio interni (ad esempio all'interno dei singoli reparti), la collaborazione con le

università, la partecipazione a società scientifiche, oltre che, nel contesto quotidiano, la creazione di un ambiente volto a scambi di idee intra ed interprofessionali. Inoltre, è di fondamentale importanza promuovere e supportare percorsi di formazione continua, che permettano gli infermieri di acquisire competenze di base sulla ricerca (non solo infermieristica) e, soprattutto, sull'uso delle più recenti evidenze scientifiche nella pratica clinica.

Una strategia efficace, di forte impatto motivazionale e di crescita interprofessionale, è rappresentata dalla possibilità di diffusione dei risultati attraverso pubblicazioni, presentazioni a congressi e momento di condivisione interna. In prospettiva futura, il ruolo del coordinatore nell'ambito della ricerca infermieristica è destinato a crescere poiché è la figura più "idonea" a promuovere la cultura scientifica come parte integrante dell'identità professionale. Infatti, la crescente attenzione verso l'innovazione, la qualità delle cure e le nuove tecnologie offrono numerosi spunti e occasioni di riflessione. L'utilizzo sempre più massivo dei big data, dell'intelligenza artificiale e della telemedicina associati alle crescenti e nuove necessità formative, potrebbero trovare nel coordinatore una sorta di guida o filo conduttore per ri-orientare il lavoro dell'equipe infermieristica.

In sintesi, il coordinatore gioca un ruolo chiave nella pro-

mazione e nello sviluppo della ricerca, oltre che nella capacità di tradurre le evidenze scientifiche in pratiche quotidiane, garantendo un'assistenza sicura, efficace ed orientata al paziente.

La ricerca, quindi, non deve essere vista come attività opzionale o accessoria, ma come parte integrante dell'intero processo professionale e organizzativo, strumento di crescita per gli operatori sanitari e di beneficio per i cittadini.

Bibliografia

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, et al.(2014). RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 24;383(9931):1824-30.
- Polit DF & Beck CT. (2021). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Wolters Kluwer.
- Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN). (2021). Position statement: Nursing research. Ginevra: ICN.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica



Figura 1. LEADERSHIP TRASFORMATORE

Il ruolo della tecnologia nella pratica infermieristica: opportunità e sfide

Sciandrone Gaetano Giuseppe, Infermiere, U.O. Pneumologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
Ferretti Michela, Infermiera, U.O. Pneumologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

L'integrazione delle tecnologie digitali nella pratica infermieristica ha assunto un ruolo sempre più rilevante, soprattutto a seguito della pandemia da COVID-19, che ha messo in evidenza le fragilità del sistema sanitario e ne ha determinato una profonda riorganizzazione a livello globale. La sospensione di numerose attività cliniche e accademiche, comprese terapie oncologiche e attività di ricerca, ha reso evidente la necessità di soluzioni alternative in grado di garantire la continuità assistenziale e ridurre al minimo il rischio di contagio. In questo contesto la telemedicina e il telenursing hanno assunto un ruolo di grande rilievo, diventando uno strumento fondamentale per garantire continuità assistenziale. L'utilizzo degli smartphone e delle piattaforme digitali ha preso sempre più piede sia tra i professionisti sanitari sia tra i pazienti, aprendo nuove possibilità di comunicazione e confronto. L'utilizzo di videoconsulti, messaggistica sicura e applicazioni dedicate ha reso possibile un approccio centrato sul paziente anche in condizioni di isolamento sociale, con una riduzione dei tempi di attesa e una limitazione degli spostamenti. Questo approccio è stato prezioso ed utile non solo per garantire l'accessibilità alle cure durante la fase emergenziale, ma anche per porre le basi ad un nuovo modello assistenziale più flessibile e vicino ai bisogni delle persone. Tuttavia, la rapida diffusione di tali strumenti ha posto importanti sfide per la professione infermieristica. Molti professionisti si sono trovati a dover apprendere rapidamente nuove modalità operative senza percorsi formativi strutturati, con difficoltà sia legate alla gestione tecnica delle piattaforme sia alla riorganizzazione del proprio lavoro quotidiano.

Le opportunità derivanti dall'integrazione della tecnologia nella pratica infermieristica sono numerose. In primo luogo, il telenursing ha dimostrato di favorire l'empowerment del paziente, stimolandolo a partecipare attivamente alla gestione della propria condizione clinica e promuovendo un modello di cura maggiormente collaborativo. Inoltre, i programmi di monitoraggio a distanza si sono rivelati utili per ridurre le ospedalizzazioni evitabili, migliorare la qualità della vita dei pazienti cronici e ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie. Hanlon et al. (2017) sottolineano come le telemedicina, se applicata nella gestione delle malattie croniche, non solo migliori l'aderenza terapeutica, ma consenta anche di ridurre i tempi di attesa e garantire un supporto tempestivo in caso di peggioramento dei sintomi. Questo approccio si configura come un importante strumento di sanità preventiva, con ricadute positive non solo sul singolo paziente, ma anche sull'intero sistema sanitario. Nonostante i benefici, permangono diverse criticità da affrontare.

Le principali riguardano le disuguaglianze di accesso alle

tecniche e l'assenza o la carenza di competenze digitali necessarie per utilizzare in modo efficace le piattaforme di telemedicina. A queste si aggiunge anche il problema del divario generazionale e socio-economico, che rischia di ampliare ulteriormente le disparità in ambito sanitario, nonché questioni legate alla tutela della privacy e alla gestione dei dati sensibili. Inoltre, si rende necessario investire nello sviluppo di infrastrutture tecnologiche adeguate e nell'ampliamento dei programmi formativi rivolti al personale infermieristico, affinché possano sviluppare competenze digitali specifiche che permettano loro di utilizzare in modo sicuro ed efficace gli strumenti tecnologici disponibili. Come osservato da Mosa, Yoo e Sheets (2012), la rapida proliferazione di applicazioni sanitarie per smartphone e dispositivi digitali richiede una valutazione critica della loro affidabilità e della loro integrazione all'interno dei percorsi clinici, evitando un utilizzo frammentario o poco sicuro.

In conclusione, la tecnologia rappresenta una risorsa strategia per l'evoluzione della pratica infermieristica. In particolare, il telenursing se utilizzato in modo equo, può migliorare il lavoro dell'infermiere e rendere l'assistenza più efficiente ed efficace, senza perdere di vista ciò che resta più importante: la centralità della persona e dei suoi bisogni. La tecnologia è sicuramente un mezzo prezioso, ma non potrà mai sostituirsi alle relazioni umane che sono alla base della cura.

Bibliografia

1. Hanlon P, Daines L, Campbell C, McKinstry B, Weller D, Pinnock H. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *J Med Internet Res.* 2017 May;17(5):e172. doi: 10.2196/jmir.6688. PMID: 28526671; PMCID: PMC5451641.
2. Allen M, Aylott M, Loyola M, Moric M, Saffarek L. Nurses: extending care through telehealth. *Stud Health Technol Inform.* 2015;208:35-9. doi: 10.17265/1548-7709/2015.03.003. PMID: 25676943.
3. Mosa AS, Yoo I, Sheets L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2012 Jul;10:12:67. doi: 10.1186/1472-6947-12-67. PMID: 22781312; PMCID: PMC3534499.
4. Charani E, Castro-Sánchez E, Moore LS, Holmes A. Do smartphone applications in healthcare require a governance and legal framework? It depends on the application! *BMC Med.* 2014 Feb;14:12:29. doi: 10.1186/1741-7015-12-29. PMID: 24524344; PMCID: PMC3929845.
5. World Health Organization (WHO). (2024). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States.

Il Nursing Narrativo Integrato: una prospettiva per la cura centrata sulla persona

*Artoli Giovanna, Università degli studi di Parma, Parma
 Dellafoore Federica, Università degli studi Link, Roma*

Nel panorama dell'assistenza infermieristica contemporanea, emerge con forza il bisogno di un approccio che unisca competenza tecnica e sensibilità relazionale. Il *Nursing Narrativo Integrato*, sviluppato in Italia nei primi anni Duemila, risponde a questa esigenza proponendo un modello teorico e operativo che valorizza la soggettività del paziente, la dimensione narrativa dell'esperienza di malattia e l'integrazione tra diversi paradigmi epistemologici. Si colloca tra la medicina basata sull'evidenza e quella centrata sulla persona, offrendo una sintesi che mantiene la scientificità, ma ne amplia il significato attraverso l'ascolto e la comprensione del vissuto.

La scelta del termine "narrativo" riflette una precisa intenzionalità metodologica: porre il racconto del paziente al centro del processo di cura. La narrazione consente di accedere a dimensioni dell'esperienza che sfuggono alla misurazione oggettiva, come emozioni, significati, relazioni e aspettative. Il racconto diventa così uno strumento di costruzione del senso, attraverso cui la persona rielabora e condivide la propria esperienza. Il modello si avvale di strumenti mutuati dalle scienze umane, come lo *storytelling* e l'*agenda del paziente*, adattati agli obiettivi assistenziali.

L'aggettivo "integrato" esprime la volontà di superare la dicotomia tra il paradigma positivista, fondato sull'osservazione e la misurazione, e quello fenomenologico, centrato sull'esperienza vissuta e sulla soggettività. Il *Nursing Narrativo Integrato* propone una sintesi operativa in cui la malattia è considerata simultaneamente come condizione biologica (*disease*), vissuto personale (*illness*) e fenomeno sociale (*sickness*), offrendo così una valutazione più completa e una risposta assistenziale più adeguata.

Il modello si fonda su un metaparadigma infermieristico reinterpretato alla luce della fenomenologia relazionale. I concetti fondamentali – persona, salute, malattia, ambiente e assistenza infermieristica – vengono riletti per valutizzare la dimensione soggettiva e relazionale. La persona è vista come essere in relazione, secondo la prospettiva di Buber (1993), e la sua identità si costruisce nel dialogo con l'altro. La salute è percezione soggettiva di benessere e capacità di interazione armonica con l'ambiente, mentre la malattia è evento che modifica identità, relazioni e progettualità, diventando esperienza umana solo quando

viene compresa e comunicata. L'ambiente assume una valenza simbolica e relazionale, come spazio significativo di interazione tra paziente, familiari e professionisti. L'assistenza infermieristica è intesa come processo dialettico di co-costruzione del significato, in cui il professionista diventa facilitatore e testimone dell'esperienza del paziente, attuando una "comprensione professionale" della malattia.

Lo strumento operativo privilegiato del modello è l'intervista narrativa, concepita come dispositivo relazionale per la raccolta intenzionale del racconto di vita e di malattia. È un incontro autentico tra professionista e persona, dove il racconto prende forma in un clima di ascolto, sospensione del giudizio e fiducia. Sebbene privilegi l'ascolto libero, l'intervista ha una struttura essenziale che guida il professionista nella raccolta ordinata e finalizzata della narrazione. Può essere utilizzata in ambito preventivo, assistenziale e di ricerca, per accettare bisogni, individuare fattori di rischio e analizzare narrazioni di malattia. Per condurre un'intervista narrativa efficace, il professionista deve sviluppare una competenza narrativa, che include la comunicazione efficace (verbale, paraverbale e non verbale), la scelta di un ambiente riservato e accogliente, l'ascolto attivo e la capacità di stare nella relazione, anche quando questa diventa emotivamente intensa. L'intervista si articola in tre momenti principali: apertura, in cui si stabilisce il patto comunicativo; nucleo centrale, dedicato all'esplorazione tematica; e conclusione, che consente una sintesi e una restituzione. Durante il colloquio, è fondamentale mantenere flessibilità e adattare le domande al contesto e al linguaggio dell'intervistato, sempre in un clima di ascolto non giudicante.

Le informazioni raccolte vengono analizzate attraverso un'analisi qualitativa per cogliere le dimensioni di significato più rilevanti per la persona e la sua famiglia, offrendo così una visione globale e un intervento mirato.

L'efficacia del modello si manifesta in modo emblematico nell'analisi del caso clinico di Marilena, una donna di 56 anni colpita da una grave compromissione neuromotoria in seguito all'asportazione di un meningioma. Attraverso l'intervista narrativa, emergono aspetti profondamente significativi del vissuto della paziente, che difficilmente sarebbero rilevabili mediante strumenti valutativi standard.

Marilena descrive la propria esperienza con un linguaggio inizialmente tecnico e distaccato, quasi impersonale, ma progressivamente lascia emergere emozioni, paure, frustrazioni e desideri. La malattia ha determinato una radicale trasformazione della sua identità, della sua autonomia e delle sue relazioni familiari e sociali.

Il racconto evidenzia tre nuclei problematici principali: la perdita di autonomia, il cambiamento dell'immagine di sé e del proprio ruolo e la difficoltà nella gestione delle emozioni. Marilena esprime con chiarezza il senso di dipendenza e di vulnerabilità che caratterizza la sua quotidianità, sottolineando l'impatto negativo sulla sua auto-stima e sulla percezione del proprio ruolo all'interno della famiglia. La gestione delle emozioni risulta particolarmente complessa, con manifestazioni di irritabilità, tristezza e senso di inadeguatezza che influenzano la qualità delle relazioni interpersonali.

L'analisi qualitativa del racconto è stata integrata con strumenti di valutazione quantitativa, tra cui la scala Barthel (32/100), la scala IADL (3) e il questionario *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ). I risultati confermano la presenza di un elevato livello di dipendenza funziona-

le e di difficoltà nella regolazione emotiva, in coerenza con quanto emerso dall'intervista. Questa integrazione metodologica consente una valutazione globale e personalizzata, orientata non solo alla diagnosi, ma anche alla comprensione e alla progettazione di interventi mirati. La flessibilità del modello consente al professionista di adattarlo alle specificità del contesto e del paziente, valorizzando la dimensione relazionale e promuovendo l'empowerment della persona assistita.

Il *Nursing Narrativo Integrato* rappresenta una proposta innovativa e profondamente umanistica, che coniuga rigore epistemologico e sensibilità clinica. Esso invita i professionisti della salute a riscoprire il valore del racconto, dell'ascolto e della relazione, riconoscendo che la cura non è solo un atto tecnico, ma un incontro tra soggettività, un processo di significazione condivisa, un cammino di accompagnamento nella complessità dell'esperienza umana. In un'epoca in cui la medicina rischia di diventare sempre più impersonale e standardizzata, questo modello ci ricorda che ogni paziente è portatore di una storia unica, che merita di essere ascoltata, compresa e valorizzata.

Dalla pratica clinica alla Ricerca Infermieristica: esperienza di uno studio pilota su bendaggio rigido in pazienti con arteriopatia periferica

Maria Castoldi, Centro di Vulnologia, Istituto Cliniche Zucchi, Monza

La ricerca infermieristica rappresenta una componente fondamentale per la crescita della professione, l'appropriatezza degli interventi assistenziali e il miglioramento della qualità delle cure. Tuttavia, avviare un progetto di ricerca può sembrare un'impresa complessa, soprattutto quando nasce in un contesto clinico operativo. Questo articolo vuole testimoniare, attraverso un'esperienza concreta, come un'intuizione maturata nella pratica quotidiana possa trasformarsi in un progetto di ricerca strutturato, condotto come parte di una tesi magistrale in infermieristica.

Il contesto: un'osservazione nata nella pratica

L'idea alla base dello studio ha preso forma all'interno del Centro di Vulnologia degli Istituti Clinici Zucchi di Monza, dove da tempo si utilizza un bendaggio rigido ad elevata stiffness in pazienti con lesioni agli arti inferiori e comitante malattia arteriosa periferica (PAD). Sebbene l'efficacia di questo approccio fosse evidente nella quotidianità clinica, mancavano in letteratura dati consolidati e concordi a supporto del suo utilizzo in questi specifici pazienti. Questo aspetto ha generato dubbi e discussioni tra i professionisti, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza dell'applicazione del bendaggio in presenza di un ridotto flusso arterioso. Nel 2018, insieme ad una collega avevamo inizialmente avviato una prima raccolta dati osservazionale, focalizzata su dolore ed edema. Il materiale raccolto, pur non strutturato per fini di ricerca scientifica, costituiva già un primo tentativo di trasformare il vissuto clinico in osservazione oggettiva. L'idea si è poi evoluta: la semplice percezione clinica non era più sufficiente, era necessario integrare indicatori più precisi, come la perfusione tissutale valutata tramite $TcPO_2$ (transcutaneous oxygen pressure), al fine di descrivere con maggiore accuratezza gli effetti del trattamento.

Dalla clinica alla ricerca: formulare una domanda, costruire uno studio

Nel tempo, è maturata la consapevolezza che questa pratica – seppur quotidiana – richiedesse una validazione sistematica. La domanda di partenza è stata semplice ma cruciale: quanto è tollerabile e clinicamente efficace un bendaggio rigido ad alta stiffness in pazienti con PAD? Da qui è

iniziato il percorso che ha portato alla realizzazione di uno studio pilota osservazionale prospettico, condotto come parte integrante della mia tesi magistrale. Il focus dello studio è stato definito chiaramente: osservare, nei primi 15 giorni di trattamento, l'andamento di dolore, edema, perfusione cutanea e tolleranza al bendaggio in pazienti con arteriopatia periferica e lesioni agli arti inferiori. Lo scopo era duplice: documentare con rigore ciò che già si osservava empiricamente, e porre le basi per uno studio più ampio e controllato.

Scelte metodologiche e avvio dello studio

Si è scelto di adottare un disegno osservazionale prospettico, con l'obiettivo di garantire una buona validità metodologica pur in assenza di un gruppo di controllo. L'idea iniziale era infatti quella di strutturare un progetto ampio e rigoroso, ma il disegno di uno studio randomizzato controllato (RCT) è stato fin da subito escluso per motivi etici: nel nostro centro, l'utilizzo del bendaggio rigido ad elevata stiffness rappresenta una prassi clinica consolidata e condivisa. Sarebbe stato quindi inappropriato, oltre che potenzialmente dannoso per i pazienti, sospendere tale trattamento in un eventuale gruppo di controllo.

Proprio per questo, la scelta metodologica più appropriata è stata quella di uno studio osservazionale prospettico, capace di descrivere in modo strutturato e sistematico l'andamento clinico dei pazienti trattati, valorizzando al contempo l'esperienza maturata nella pratica quotidiana. Tuttavia, per motivi legati alla tempistica di realizzazione della tesi, non è stato possibile condurre fin da subito uno studio di ampia scala. Si è quindi deciso di iniziare con uno studio pilota, a campione ridotto, utile per testare la fattibilità del protocollo e raccogliere primi dati esplorativi. Questo progetto rappresenta dunque una prima fase, con l'obiettivo dichiarato di ampliarlo in futuro in uno studio prospettico multicentrico di dimensioni maggiori, già in fase di progettazione e avvio formale con la preparazione della documentazione per il Comitato Etico.

Le fasi operative: cosa significa fare ricerca sul campo

Dopo aver definito razionale, obiettivi e criteri di inclusione, ho predisposto tutta la documentazione necessaria per la sottomissione al Comitato Etico: protocollo, moduli

di consenso informato, materiali per i partecipanti. Il confronto costante con i referenti universitari e con i colleghi del centro è stato essenziale per affinare il progetto e ottenere le autorizzazioni necessarie. Lo studio si è svolto nel periodo compreso tra gennaio e febbraio 2025. Sono stati arruolati 10 pazienti, 5 uomini e 5 donne, con un'età media di 79 anni. Sette presentavano comorbidità cardiovascolari, tre erano affetti da diabete. Un paziente è stato perso al follow-up. A ciascun partecipante, al termine della valutazione clinica e previa conferma dell'indicazione al trattamento, è stato applicato un bendaggio multistrato, multicomponente e rigido, ad alta stiffness. La valutazione della malattia arteriosa era stata condotta attraverso l'indice caviglia-braccio (ABI).

Le variabili cliniche rilevate comprendevano: (a) Dolore, misurato tramite scala NRS; (b) Edema, valutato mediante misurazione del diametro di avampiede, caviglia e polpaccio; (c) Perfusione cutanea, rilevata tramite TcPO₂; (d) Tolleranza al bendaggio, misurata con scala di Likert a 10 punti. La raccolta dati è avvenuta mediante l'utilizzo di una scheda elaborata internamente, già in parte utilizzata da precedenti esperienze, e i dati sono stati successivamente inseriti in un database Excel strutturato per garantire qualità e protezione delle informazioni. L'elaborazione statistica è stata condotta con il supporto dei docenti universitari di infermieristica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

I risultati preliminari e la riflessione metodologica

Sebbene il campione fosse limitato, i risultati ottenuti hanno evidenziato una buona tollerabilità del bendaggio e una riduzione sia del dolore che dell'edema nel periodo osservato, con valori di TcPO₂ stabili o in lieve miglioramento. I dati sono stati analizzati con test statistici descrittivi e correlazionali, compatibilmente con la natura esplorativa dello studio. Questa fase ha rappresentato anche un'importante occasione di crescita nella capacità di gestire dati clinici, di applicare metodi statistici e, soprattutto,

tutto, di riflettere criticamente sulla validità delle prove di efficacia. Il confronto con i colleghi ha contribuito a identificare potenziali aree di miglioramento nella pratica clinica e ha stimolato ulteriori domande di ricerca.

Dalla ricerca alla clinica alla ricerca

Questa esperienza ha messo in luce quanto la ricerca infermieristica non debba essere un ambito separato dalla pratica clinica, ma al contrario un elemento integrato, capace di generare prove di efficacia evidence, migliorare l'effetto degli interventi e promuovere una cultura professionale fondata sulla riflessione critica e sull'innovazione. Non è scontato trovare tempo, risorse e disponibilità per fare ricerca in contesti operativi complessi. È fondamentale, quindi, il sostegno dei colleghi e il coordinamento con le istituzioni universitarie. In questo senso, lo studio pilota rappresenta un primo passo, ma anche un esempio replicabile: la dimostrazione che anche piccoli progetti, se ben strutturati, possono contribuire alla costruzione del sapere infermieristico.

Come scrive Sironi nel suo testo "Introduzione alla ricerca infermieristica": "Il punto di partenza della ricerca è spesso una domanda che nasce nel contesto della cura: un problema concreto, un'intuizione professionale, un dubbio ricorrente che merita di essere approfondito con metodo" (1). Questo studio nasce esattamente da lì: da un dubbio condiviso, da un'intuizione nata nella pratica, che ha trovato forma grazie alla struttura della metodologia scientifica. È in questo circolo virtuoso che si realizza il vero potenziale della ricerca infermieristica: dalla pratica alla ricerca e dalla ricerca alla pratica.

Bibliografia

1. Sironi C.. Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana. Casa Editrice Ambrosiana, 2010Fine modulo

La ricerca e gli infermieri: territorio inesplorato o necessità imprescindibile?

Chiara Taffurelli, Docente di Psicologia sociale applicata all'infermieristica, Università di Parma

Per molti anni la ricerca è rimasta ai margini della pratica infermieristica, come se appartenesse a un mondo altro, distante dalla concretezza dei turni, delle urgenze e delle relazioni di cura. L'immagine dell'infermiere-ricercatore sembrava quasi una forzatura: chi si prende cura, chi vive la prossimità con i pazienti, davvero può occuparsi anche di ricerca? Eppure, questa separazione oggi appare sempre meno sostenibile. La professione si trova di fronte a un bivio: rimanere ancorata a un sapere fatto di esperienza e tradizione, oppure aprirsi a un percorso che renda la conoscenza sistematica, condivisa, criticamente validata. Guardare alla ricerca come a una necessità non significa rinnegare la dimensione pratica, ma piuttosto riconoscerne i limiti. La cura quotidiana, senza uno sguardo critico, rischia di ripetersi uguale a se stessa, di trasformarsi in routine. La ricerca, invece, consente di interrogare ciò che facciamo, di misurarne l'efficacia, di comprenderne i significati profondi, di immaginare alternative. È in questa tensione tra fare e riflettere che l'infermieristica trova la sua vera maturità professionale.

Non esiste una sola via per fare ricerca. C'è la strada della misurazione, che attraverso numeri e dati statistici consente di validare procedure e dimostrare la solidità degli interventi. C'è la via dell'ascolto e della narrazione, che restituisce voce ai pazienti e agli stessi operatori, rivelando dimensioni invisibili ai numeri. C'è infine il sentiero che intreccia queste due prospettive, cercando di unire la forza dei dati quantitativi con la ricchezza interpretativa delle esperienze vissute. Ogni approccio offre uno sguardo diverso e complementare: la cura non è solo tecnica né solo relazione, ed è proprio la pluralità metodologica a permettere una comprensione più piena della complessità dell'assistenza.

Coltivare la ricerca in infermieristica significa anche accettare la fatica del mettersi in discussione. Ogni indagine,

grande o piccola, nasce da una domanda: perché facciamo ciò che facciamo? funziona davvero? quali alternative potremmo immaginare? Domande scomode, perché costringono a uscire dalla rassicurante ripetizione delle abitudini. Eppure, è da questa fatica che nasce l'innovazione, ed è da questa apertura che la professione guadagna dignità e autonomia.

Non mancano le difficoltà. Il tempo sempre troppo breve, la mancanza di risorse, la percezione diffusa che la ricerca sia "altro" rispetto alla pratica quotidiana. Ma la vera sfida non è solo organizzativa: è culturale. Significa cambiare sguardo, imparare a vedere ogni gesto assistenziale come un'occasione per interrogarsi, ogni incontro con un paziente come una fonte di conoscenza, ogni organizzazione come un laboratorio in cui osservare, sperimentare, migliorare.

Alla fine, la domanda che dà il titolo a questa riflessione — territorio inesplorato o necessità imprescindibile? — può trovare risposta soltanto dentro la coscienza professionale di ciascun infermiere. Se guardiamo indietro, vediamo che i primi passi sono già stati compiuti: studi, tesi, ricerche di reparto, progetti universitari hanno aperto strade nuove. Se guardiamo avanti, comprendiamo che senza ricerca non c'è vera autonomia, non c'è crescita disciplinare, non c'è possibilità di incidere realmente sulla salute delle persone e delle comunità.

La ricerca non è un lusso da aggiungere quando resta tempo, né un compito delegato a pochi esperti. È una responsabilità comune, un atto di cura nei confronti dei pazienti ma anche della professione stessa. Scegliere di fare ricerca significa credere che l'assistenza non si esaurisce nel presente, ma abbia un futuro da costruire, giorno dopo giorno, attraverso conoscenze che nascono dall'esperienza e che tornano, rinnovate, a nutrirla.

Tra tecnologia e cura: infermieri e intelligenza artificiale, alleati, non sostituti

Bardella Alessandro, Infermiere, S.C. di Anestesia e Rianimazione I, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia
 Cusumano Elisabetta, Infermiere, S.C. di Pronto Soccorso, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia



Figura 1: <https://www.sanitainformazione.it/>

Negli ospedali italiani, e non solo, l'intelligenza artificiale sta entrando in corsia in punta di piedi. Dalla cartella clinica elettronica che "allerta" sui parametri mancanti agli algoritmi capaci di segnalare un rischio di caduta o uno scadimento improvviso delle condizioni cliniche, le nuove tecnologie promettono di semplificare il lavoro degli infermieri, alleggerendo burocrazia e routine quotidiane.

Parallelamente, a livello internazionale, l'IA sta conoscendo una crescita esponenziale, sostenuta da un ampio spettro di applicazioni: sistemi di *apprendimento automatico* (machine learning) in grado di prevedere in anticipo complicanze o riospedalizzazioni, strumenti di *elaborazione del linguaggio naturale* (natural language processing) che analizzano referti e note cliniche, soluzioni di visione *artificiale* (computer vision) per il monitoraggio delle cadute o la valutazione delle ferite, fino alla *robotica* e all'*automazione dei processi* (Intelligent Robotics), che alleggeriscono i carichi di lavoro ripetitivi. A queste si aggiungono le nuove frontiere su sensori indossabili e la telemedicina, che permettono un monitoraggio continuo anche a domicilio, e i *sistemi di supporto decisionale clinico* (Decision Support System), progettati per integrare dati e linee guida nella pianificazione delle cure.

Nell'ambito infermieristico, tali strumenti non sono genericci, ma sempre più orientati a rispondere alle specificità della pratica clinica: dalla valutazione olistica dei bisogni della persona alla pianificazione assistenziale personalizzata, dal supporto educativo al coordinamento interdisciplinare.

La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente accelerato questo processo, evidenziando sia le opportunità che le criticità delle tecnologie *intelligenti*. In un contesto caratterizzato da carenze croniche di personale, aumento della complessità assistenziale e crescenti volumi di attività, l'IA rappresenta una possibile risposta, capace di migliorare l'accuratezza dei processi, ridurre il rischio di errore e liberare tempo da dedicare al rapporto con la persona assistita.

Tuttavia, accanto a questi potenziali benefici, emergono questioni fondamentali sia dal punti di vista deontologico che etico, quali:

- Fino a che punto è possibile affidarsi a sistemi artificiali di decisione automatizzata senza compromettere la capacità critica e l'autonomia professionale di un infermiere?
- Come garantire che la mole di dati su cui si basano gli algoritmi generativi siano rappresentativi e privi o quasi di bias?
- Vi sarà protezione di informazioni sensibili e privacy?
- Quanto e quale spazio rimane per quella relazione di cura che nasce dallo sguardo, dall'ascolto e dalla presenza, in quella dimensione sensibile fatta di empatia e silenzi condivisi, che nessun algoritmo potrà mai comprendere né riprodurre?

L'IA può segnalare un problema o memorizzare mole infinite di dati, ma sarà sempre l'infermiere, con dimensione umana a interpretare quel dato alla luce della storia, delle condizioni e persino delle emozioni del paziente. È in questa sintesi tra competenza tecnica e sensibilità umana che si gioca il futuro della professione. La vera sfida, dunque, non è decidere se usare l'intelligenza artificiale, ma come farlo: con quale consapevolezza, quale formazione e quale etica.

L'IA dovrà essere considerata sicuramente un alleato strategico, in grado di potenziare la sicurezza e la qualità dell'assistenza, ma mai un sostituto del giudizio clinico e del contatto umano. Anche il più sofisticato degli algoritmi artificiali non potrà mai stringere la mano di un

paziente impaurito, né di riconoscere nel suo sguardo la necessità di conforto che dà senso al prendersi cura. E sarà sempre in quella capacità di comprendere l'altro che si manifesterà l'essenza — e la più alta responsabilità — dell'infermiere.



Figura 2: <https://www.assocarenews.it>

Bibliografia

1. Wei Q, Wang Y, Sun H, Wang J, Zhang Y. The integration of AI in nursing: addressing current challenges and opportunities. *Front Digit Health*. 2025;7:11850350. Doi:10.3389/fmed.2025.1545420.
2. Elhaddad M, Alhassan AA, Ahmed W, Khan MS, Noorwali A, Alghamdi SA, et al. AI-driven clinical decision support systems: potentials and challenges in modern healthcare. *Cureus*. 2024;16(1):e5378. Doi:10.7759/cureus.57728.
3. Cross JL, Patel H, Zheng K, Xu H. Bias in medical artificial intelligence: implications for clinical decision-making. *NPJ Digit Med*. 2024;7(1):89. Doi:10.1371/journal.pdig.0000651.
4. Oei SP, Chen J, Keestra SM, Van der Veen B, Al-Kadi OS, Besselink MG, et al. Artificial intelligence in clinical decision support and the prediction of adverse events. *Front Digit Health*. 2025;7:1403047. Doi:10.3389/fdgth.2025.1403047.
5. Chustek M, Reichel K, Rohlfs H, Dittmann J, Kaspar K, Gaube S. Benefits and risks of AI in health care: narrative review. *Interact J Med Res*. 2024;13(1):e53616. Doi:10.2196/53616.

L'evoluzione Della Ricerca: L'intelligenza Artificiale Generativa. Destreggiarsi fra opportunità e implicazioni etiche è possibile?

De Rose Maria Teresa, Centro di Vulnologia, Istituto Cliniche Zucchi, Monza

Negli ultimi decenni, la ricerca in ambito infermieristico ha vissuto una transizione a dir poco epocale. In passato, ci si recava in biblioteca per consultare prima i libri di testo e successivamente le riviste scientifiche cartacee, magari ormai dorate. Con l'avvento di Internet e delle banche dati digitali, i motori di ricerca hanno trasformato il modo di reperire le fonti, rendendo più rapida ed efficiente la fruizione della letteratura scientifica. Parallelamente, l'idea della ricerca nasceva da intuizioni geniali di ricercatori e la scrittura di un articolo scientifico richiedeva tempi molto lunghi, per via del rigore metodologico e formale, oltre che numerose revisioni e verifiche dei dati esposti. Oggi ci troviamo di fronte a un altro cambiamento grazie all'avvento dell'intelligenza artificiale generativa (GenAI).

Ma cos'è la GenAI? È un sistema in grado di creare contenuti originali, non si limita a rielaborare materiale già esistente online, fornendo sintesi e traduzioni automatiche. Produce testi, immagini e video nuovi imitando la creatività umana. Questo le consente di suggerire nuove idee, esplorare ipotesi e analizzare grandi volumi di dati in pochi secondi. La GenAI si sta quindi inserendo in diversi ambiti della nostra vita, da semplice assistente quotidiano, passando per i diversi gradi di formazione didattica, fino a poter diventare nuovo artista visionario. Tutto questo potenziale non poteva certo rimanere escluso dall'ambito della ricerca scientifica, compresa ovviamente quella della nostra professione.

Opportunità

La GenAI rappresenta una risorsa notevole e preziosa per diversi motivi:

- Fornisce idee originali e innovative intercettando i bisogni di ricerca clinica emergenti
- Consente di analizzare rapidamente grandi quantità di articoli, selezionando i più pertinenti
- Supporta il lavoro di raccolta e organizzazione dei dati, sistematizzandoli più velocemente
- Analizzando i dati raccolti è in grado di fornire previsioni e trend
- Permette di ottenere versioni semplificate di testi complessi
- Corregge bozze, può migliorare lo stile di scrittura,

controlla ortografia e sintassi in relazione al contenuto

- Può avvicinare più persone al mondo della ricerca, in quanto la rende più accessibile e la semplifica.
- Considerando queste caratteristiche, sorgono spontanee anche le diverse implicazioni etiche e i limiti di questa nuova tecnologia.

La questione etica

Innanzitutto, bisogna domandarsi a chi appartenga davvero l'idea generata dall'intelligenza artificiale. Le opinioni a riguardo sono polarizzanti: i sostenitori dell'AI (Artificial Intelligence) affermano che ogni nuovo mezzo per ottenere progresso clinico sia benvenuto; i detrattori temono che possa sostituire completamente la componente umana. Non possiamo nemmeno tralasciare il fatto che l'intelligenza artificiale possa commettere errori (sebbene considerata dalla massa come infallibile) e che possa subire l'influenza anche inconscia dell'autore. Inoltre, attualmente i sistemi più sofisticati di AI si possono utilizzare solo a pagamento, con cifre anche molto alte, e questo crea sicuramente una diseguaglianza sociale in termini di accessibilità alle risorse.

Per il mondo infermieristico, attento ai valori etici e alla centralità della persona, queste riflessioni assumono un peso ancor più rilevante.

Alleanza fra tecnologia ed essere umano

La GenAI è sicuramente in grado di scrivere articoli in modo rapido ed efficiente ma nella ricerca scientifica il focus rimane sempre la componente umana. L'intuizione e la capacità critica nascono dall'esperienza sul campo, dal contatto diretto con il paziente e con il contesto clinico. Senza la centralità di questi elementi, anche il più accurato dei testi generati rimarrebbe privo di significato autentico. L'evoluzione della ricerca ci dimostra che la tecnologia può e deve essere un alleato, non un sostituto o un mezzo per barare, magari spacciando per proprio un articolo prodotto interamente dall'AI. Un utilizzo virtuoso dell'AI dovrebbe comprendere sempre la trasparenza riguardo il suo effettivo utilizzo.

Il compito dei ricercatori è quello di integrare gli strumenti digitali con la propria competenza, responsabilità

ed etica professionale. Solo così ricerca e assistenza potranno crescere in qualità, efficacia e rilevanza per il paziente e per la società.

Applicazioni concrete virtuose

Mi occupo di Vulnologia, ovvero la cura delle lesioni cutanee, e mi sono chiesta come la GenAI possa essere utilizzata concretamente nel mio lavoro quotidiano. Attualmente rappresenta un supporto tangibile all'attività clinica grazie a strumenti specificamente progettati per la misurazione e documentazione delle lesioni. Alcuni sistemi avanzati, essendo in grado di identificare il tessuto presente sulla lesione, supportano il clinico verso la diagnosi corretta e possono suggerire opzioni di tratta-

mento, consentendo una gestione appropriata anche da parte di personale non specializzato. Una ulteriore risorsa è rappresentata dal fatto che l'intelligenza artificiale è in grado di confrontare in modo oggettivo le fotografie acquisite, in modo da poter identificare se un trattamento sia efficace o meno. Questo supporto tecnologico, senza sostituire il professionista, permette di dedicare maggior tempo alla relazione di cura e garantisce standard elevati al maggior numero possibile di pazienti. Non possiamo infine trascurare il contributo alla telemedicina: grazie all'intelligenza artificiale e agli sviluppi tecnologici è possibile avvicinare sempre più persone agli specialisti, superando le barriere geografiche e organizzative che spesso limitano l'accesso alle cure specialistiche.

Cure Infermieristiche Complementari: pensiero critico, ricerca e contestazione metodologica

Susanna Maggione, Naturopata, infermiera, Formatrice, Dottoressa in Scienze Cognitive e Processi Decisionali

Il termine pensiero critico è definito in infermieristica come un giudizio determinato e autoregolato che si traduce nell'interpretazione, nell'analisi, nella valutazione e nella deduzione, così come nella spiegazione; il pensiero critico è uno strumento essenziale d'indagine, è un fenomeno umano pervasivo e autorettificante ". Esso si basa sulla regola delle sei "R", ossia: Ricorda, Ripeti, Ragiona, Riorganizza, Relaziona e Rifletti. Tale pensiero è utile (chiarisce e migliora la comprensione), è disciplinato, è attivo e abile, usa molti metodi per ottenere informazioni, è riflessivo, razionale e richiede ragionamento, è essenziale per ottenere dati utili. Si può quindi dedurre che il pensiero critico sia una sorta di metacognizione, ovvero un esercizio che ci permette di pensare a come si può pensare meglio. Esiste un modello di pensiero critico definito "THINK", rielaborato da Rubenfeld e Scheffer che basa il suo assunto su cinque punti: Total recall (ricordo globale); Habits (abitudini); Inquiry (indagine); New Ideas and Creativity (nuove idee e creatività); Knowing how you think (conoscere cosa pensi). Le prime lettere di ogni modalità creano la parola inglese "THINK", i suoi punti salienti, per quanto riguarda le cure infermieristiche complementari, sono due: "Inquiry" e "New Ideas and Creativity".

Il pensiero d'indagine (Inquiry) pone il professionista di fronte all'accertamento, non accettando come "affermazioni vere" ogni dato proveniente da terzi. Include la capacità di porre quesiti e, attraverso il processo di pensiero, ricercare le risposte. Ad esempio, alcune domande sottoposte ad indagine potrebbero essere: "Le cure infermieristiche complementari possono migliorare la relazione terapeutica infermiere- persona?" (Maggione, 2023), "contribuiscono alla riduzione di ansia, stress e fatighe in pazienti anziani con dolore cronico?".

Il processo d'indagine, per questa ragione, guida lo studio su banche dati online, su riviste di nursing e permette la selezione dei migliori trials clinici controllati e randomizzati, formulando e risolvendo i quesiti assistenziali. Il preservare ed il ricercare delle conoscenze in un dato ambito permette lo sviluppo futuro, la validità e l'autorità di una determinata disciplina nella società. "New Ideas and Creativity", richiede la capacità di combinare idee, conoscenze e intuizioni per creare qualcosa che non

esisteva prima. È il tipico modo di pensare dell'infermiere che eroga assistenza personalizzata, permettendo di rispondere ai bisogni del malato in ogni situazione. Ognuno di noi ha delle abilità creative che possono essere sviluppate. L'infermieristica è anche un'arte e l'infermiere è l'artista che crea, dà forma, inventa e realizza le soluzioni assistenziali appropriate a ciò che il malato richiede (Colliére, 1982). La creatività permette di andare oltre l'usuale configurazione schematica del pensiero regolato da norme, ponendo in discussione il sanitario, interrogandolo sui suoi pregiudizi e sulle possibili nuove interpretazioni scisse da stereotipi o da preconcetti radicati.

L'infermiere capace di percepire in modo "relativistico" la teoria del nursing, applica i principi delle cure infermieristiche complementari a una varietà di pazienti in diverse situazioni e ambienti assistenziali, sapendo che, ogni individuo reagisce a tali cure in maniera diversa e che, lo stesso individuo, in momenti differenti della propria vita, risponde distintamente alla stessa cura. Per questo motivo, i trials randomizzati e controllati rappresentanti il "gold standard" della ricerca quantitativa, non raggiungono mai risultati soddisfacenti e pienamente raccomandati in tale ambito di studio. Attraverso il pensiero critico possiamo "discostarci" dal concetto di cura complementare intesa come "trattamento non farmacologico", abbracciando l'ottica olistica che la definisce "approccio relazionale" col solo fine di incrementare il benessere, completando il processo diagnostico- terapeutico- assistenziale senza pretesa di curare o sostituirsi ai trattamenti medici-infermieristici. Sarebbe interessante e in linea col pensiero creativo, produrre nuove proposte di ricerca qualitativa, in cui il dato da studiare è la relazione che s'instaura tra malato e curante durante lo svolgimento delle cure complementari. Nel mondo occidentale risulta assai difficile orientare il pensiero in questa direzione se si tiene conto che chi tira le fila della ricerca è l'industria del farmaco. Quest'ottica etnocentrica, criticata già nei secoli scorsi da intellettuali come Michel Eyquem de Montaigne (1533- 1592, filosofo, scrittore e politico francese), finirà per annichilirci, visto che, nella situazione attuale, tre quarti della popolazione mondiale, avendo risorse economiche limitate e seguendo ritmi di vita

“più naturali” e “meno industrializzati”, tiene conto di un approccio curativo di tipo antropologico-tradizionale. Basti pensare che fino all’80% delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo si appoggia alla medicina tradizionale per le cure primarie. Il pensiero critico ci fa dunque riflettere, è inoltre la base della ricerca scientifica, la quale permette il miglioramento dell’assistenza infermieristica. La ricerca è un processo finalizzato di indagine sistematica dei problemi che s’incontrano nella pratica infermieristica e delle modalità di assistenza all’utente ed è finalizzata a testare ipotesi giungendo a conclusioni. Il Dottor David Sackett, pioniere dell’evidence based medicine della McMaster University in Canada, sostiene che la pratica infermieristica sia governata dall’uso cosciente, esplicito e giudizioso delle attuali migliori evidenze nel processo decisionale sull’assistenza dei singoli utenti. È quindi fondamentale integrare l’esperienza clinica individuale con la ricerca sistematica. L’uso della ricerca condotta tramite i metodi sopracitati permette l’identificazione e la risoluzione dei problemi.

A tale scopo è auspicabile l’investimento in ambiti conoscitivi come quello delle cure infermieristiche complementari in cui i modelli di cura, le pratiche e le relative teorie e credenze, sono diverse da quelle intrinseche al sistema sanitario dominante in una particolare società e in un determinato periodo storico, come ad esempio, il nostro.

Il pensiero esposto è in linea con le teorie infermieristiche di I. King, M. Levine, C. Roy, N. Roper e, per questo motivo, dovrebbero rientrare nel bagaglio di metodi, tecniche e strumenti a disposizione dell’infermiere. Quando nell’ambito delle teorie si fa riferimento al ruolo

dell’infermiere come facilitatore dell’adattamento del paziente (C. Roy) oppure come gestore della relazione comunicativa (H. E. Peplau) si prevedono interventi che trovano nelle cure complementari utili contributi, tenendo conto delle credenze e delle opinioni del paziente. L’attenzione all’interazione persona-infermiere come base di ogni gesto del “care”, porta ad un reale prendersi cura, in cui la reciprocità dialogica è il termine integrante l’esercizio del nursing. Il ricorso alle cure infermieristiche complementari va quindi affrontato non in modo ideologico o demagogico, ma valutando i vantaggi offerti da una singola tecnica per una data condizione e per un dato tipo di persona. Albert Einstein (Ulm 1879, Princeton 1955), a tal proposito scrisse: *“La scienza non può stabilire dei fini e tanto meno inculcarli negli esseri umani; la scienza, al più, può fornire i mezzi coi quali raggiungere certi fini. I fini stessi sono concepiti da persone con atti ideali etici”* (Guggenbühl, 1987).

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE:

Colliére Marie Françoise, *“Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers”*, Inter Editions, Parigi, 1982

Guggenbühl Craig Adolf, *“Al di sopra del malato e della malattia- il potere “assoluto” del terapeuta”*, Cortina Raffaello, Milano, 1987

Maggione Susanna, *“Cure complementari: una pratica integrativa per la tua salute”*, Edizioni Protos, Spoleto, 2023.

La ricerca infermieristica: innovazione e pratica

Lambro Maria, U.O. Oculistica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

"Il Mondo non ha bisogno di dogmi ma di libera ricerca"
(Bernard Russel)



La ricerca nel campo infermieristico rappresenta un elemento fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere l'innovazione nelle pratiche cliniche. Questo ambito di studio si propone di analizzare, valutare e implementare evidenze scientifiche che supportino le decisioni quotidiane degli infermieri, con l'obiettivo di garantire cure più efficaci, sicure e personalizzate. Il ruolo dell'infermiere, infatti, è in continua evoluzione: da semplice esecutore di compiti a professionista autonomo e responsabile di un ampio spettro di attività che coinvolgono la gestione diretta delle persone assistite.

La ricerca infermieristica permette di approfondire tematiche legate alla prevenzione, alla gestione delle patologie croniche, all'educazione del paziente, e alla promozione della salute pubblica, integrando conoscenze multidisciplinari e innovazioni tecnologiche. Negli ultimi anni, la cultura della ricerca è cresciuta notevolmente, grazie anche all'aumento degli studi quantitativi e qualitativi che indagano aspetti clinici, organizzativi e relazionali della professione.

Progetti di ricerca controllata e sperimentazioni cliniche contribuiscono a identificare le pratiche migliori, mentre indagini basate sull'esperienza dell'infermiere e del paziente offrono una visione più completa e umanizzata

del percorso di cura. Inoltre, la formazione continua degli operatori sanitari include sempre più spesso percorsi dedicati alla metodologia della ricerca, allo sviluppo di competenze critiche e all'applicazione delle evidenze scientifiche nelle diverse situazioni assistenziali. Questo approccio consente di lavorare in modo più consapevole, razionale e collaborativo, favorendo il miglioramento costante delle prestazioni infermieristiche. In Italia esiste un master in ricerca infermieristica, il Master di I Livello in Infermiera e Ostetricia di Ricerca. Il professionista è formato per svolgere attività di ricerca clinica e assistenza ai pazienti arruolati negli studi. Questo percorso post-laurea fornisce competenze in epidemiologia, gestione dei dati, etica della ricerca e organizzazione dei protocolli di studio.

Un esempio di ricerca attuale riguarda l'uso di tecnologie digitali e dispositivi mobili nel monitoraggio a distanza dei pazienti, che può ridurre i ricoveri ospedalieri e migliorare l'aderenza ai trattamenti. Allo stesso tempo, si studiano strategie efficaci per la gestione dello stress lavorativo e il burnout tra gli operatori, riconoscendo l'impatto che queste condizioni hanno sulla sicurezza e sulla qualità dell'assistenza. Altro esempio pratico di ricerca nel campo sanitario ed infermieristico, alla base di qualsiasi approccio all'assistenza del paziente, è lo studio dell'igiene delle mani del personale sanitario, ricerca longitudinale multidisciplinare riguardante la sorveglianza dell'igiene delle mani, condotto da personale medico-infermieristico tra gli anni 2016 e 2023. Gli esiti della ricerca sono stati pubblicati nel 2024 come supplemento della rivista "L'Infermiere" edito da FNOPI. Si evidenzia l'importanza della prevenzione delle infezioni, e diffusione di germi multiresistenti, mediante un'accurata igiene delle mani ed utilizzo di guanti monouso.

Una figura di riferimento è sicuramente stata Marisa Cantarelli, pioniera della disciplina in Italia, ha sviluppato il "modello delle prestazioni infermieristiche", la prima vera teoria infermieristica italiana, che ha rivoluzionato la pratica clinica ponendo al centro la personalizzazione dell'assistenza. La sua intensa attività ha legato indissolubilmente la didattica, la pratica e la ricerca, gettando le basi per lo sviluppo scientifico della professione. Attraverso i suoi studi e progetti di ricerca, anche in collaborazione con atenei prestigiosi come la Statale di Milano e la Bocconi,

ha promosso l'avanzamento organizzativo e operativo del settore. Il suo lavoro è stato fondamentale per il riconoscimento delle scienze infermieristiche come disciplina autonoma, un percorso coronato dalla Laurea Honoris Causa nel 2013.

In conclusione, la ricerca infermieristica è uno strumento imprescindibile per promuovere l'eccellenza professionale e rispondere alle sfide sanitarie contemporanee. Investire su questo settore vuol dire valorizzare la figura dell'infermiere, migliorare il benessere dei pazienti e contribuire allo sviluppo di un sistema sanitario più efficiente ed equo.

Bibliografia consultata

- Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. (s.d.). *Ricerca scientifica*. Consultato da <https://centrodieccellenza.eu/> Eccellenza Ricerca Infermieristica
- Cantarelli, M. (2022, novembre). *Curriculum professionale Marisa Cantarelli*. FNOPI. Consultato da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/11/CURRICULUM-MARISA-CANTARELLI.pdf> FNOPI
- InfermiereOnline. (2024, ottobre). *L'Infermiere*, 61(3), e129-e151. Consultato da <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2024/10/LInfermiere-61-3-2024-pages-e129-e151.pdf>
- Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa. (s.d.). *Ricerca infermieristica: servizi agli iscritti*. Consultato da <https://www.opisiracusa.it/servizi-agli-iscritti/ricerca-infermieristica/>

Okkio al Codice. **La Cura dei Curanti: Solidarietà, Altruismo, Compassione e Gentilezza nel Mondo Infermieristico**

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

Nel contesto della professione infermieristica, il concetto di "Cura dei Curanti" emerge come un pilastro fondamentale, reso evidente nel periodo della pandemia, non solo per la salute delle persone assistite, ma anche per il benessere dei professionisti stessi. L'articolo 15 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche del 2025 offre una visione chiara e impellente dell'importanza di prendersi cura non solo delle persone che assistiamo, ma anche dei colleghi e delle loro famiglie. Esplorando maggiormente i valori di solidarietà, auto aiuto, presa in cura, altruismo, compassione e gentilezza, possiamo comprendere come questi non siano solo idealistici, ma essenziali per la crescita personale e professionale nel mondo infermieristico e più in generale nel mondo della cura e dell'assistenza.

La solidarietà costituisce la base su cui si costruisce una comunità professionale sana, unita e che punta al futuro. In un ambiente di lavoro dove le sfide quotidiane possono essere fin troppo impegnative e contemporaneamente monotone con il rischio di entrare in un loop poco virtuoso, è fondamentale che i membri dell'équipe si uniscano per affrontare le difficoltà insieme. La scrittrice Luigina Mortari, nel suo libro *Aver cura di sé* (2013), evidenzia come la cura reciproca non solo sia un gesto altruista, ma anche una forma di resilienza collettiva. Mortari afferma: "La cura di sé non è un atto egoistico, ma un atto di responsabilità nei confronti di chi ci circonda." Questa affermazione sottolinea l'importanza di riconoscere che il benessere individuale è intimamente legato al benessere della comunità.

La solidarietà si manifesta in molte forme, dall'ascolto attivo all'offerta di aiuto pratico, e ogni piccolo gesto può contribuire a creare un ambiente lavorativo più armonioso. In questo contesto, l'altruismo diventa una pratica quotidiana, dove i professionisti si supportano a vicenda, riconoscendo che è difficile svolgere la propria professione senza l'assistenza e la comprensione degli altri.

L'auto aiuto rappresenta un fondamento della cura, un'importante strategia di gestione dello stress e del burnout, aspetti frequentemente presenti nella professione infermieristica. Vito Mancuso, nel suo libro *La forza di essere migliori* (2019), mette in evidenza la necessità di coltivare la consapevolezza delle proprie emozioni. Mancuso scri-

ve: "La vera forza non sta nel non cadere mai, ma nel sapere come rialzarsi." Questo pensiero invita ogni infermiere a prendersi tempo per riflettere e lavorare su se stesso, creando le basi per una professione efficace che riconosce le proprie e le altrui debolezze facendone uno stimolo alla cura di se e degli altri.

Praticare l'auto aiuto significa riconoscere i propri limiti e saper dire "no" quando necessario, preservando così l'equilibrio interiore. Come suggerisce Mortari, la cura di sé include anche il riconoscimento del proprio bisogno di sostegno e delle proprie vulnerabilità. In un ambiente lavorativo che valorizza l'auto aiuto, gli infermieri sono più propensi a condividere le loro esperienze e a creare reti di sostegno che possono rivelarsi inestimabili nei momenti di difficoltà.

La compassione intesa come virtù umana risulta come forza condivisa di connessione, come afferma Zighetti nel suo testo *Essere esseri umani* (2016) "la compassione verso la persona che soffre risulta strettamente collegata alla motivazione di aiutarla; dunque, dal provare compassione per gli altri può derivare un sentimento positivo di ricompensa intrinseca, attraverso la possibilità di sperimentarne il significato, fermarlo e elaborarlo nella relazione, nell'incontro e nel tempo". L'accoglienza del collega nel momento di difficoltà riporta all'umanità di entrambi e può gratificare tanto da rigenerare l'intero gruppo di lavoro.

La presa in cura tra colleghi richiede un'attenzione costante e una pratica di ascolto attivo. Essere presenti per i colleghi e dimostrare comprensione non solo aiuta a costruire relazioni più solide, ma promuove anche un clima di fiducia e di apertura. Ogni infermiere deve essere in grado di riconoscere i segnali di stress e disagio nei propri colleghi, creando un ambiente sicuro dove ciascuno possa esprimere le proprie vulnerabilità senza il timore di essere giudicato ma con la certezza di essere accolto.

In questo contesto, è opportuno richiamare un pensiero di Gianrico Carofiglio, il quale afferma nel testo *il Passato è una terra straniera* (2004): "La qualità delle relazioni umane è alla base di tutto ciò che facciamo." Questo ci ricorda che le connessioni tra i professionisti non sono solo un aspetto secondario della professione, ma un elemento

cruciale per il nostro agito quotidiano. La presa in cura non deve limitarsi a condizioni ovvie di difficoltà; richiede sensibilità e la capacità di intuire come gli altri si sentono, contribuendo a creare un'atmosfera collaborativa che riduce il rischio di burnout e stress.

L'altruismo e la gentilezza sono l'anima della professione infermieristica. In un ambiente dove il contatto umano è quotidiano e la vulnerabilità delle persone è manifesta, i gesti di gentilezza possono fare una differenza significativa. La gentilezza verso i colleghi, così come verso le persone che assistiamo, crea un cerchio virtuoso di supporto e comprensione. Come ha recentemente affermato Carofiglio (Rimini 2025), "la gentilezza è una qualità etica sostanziale è uno strumento adatto per affrontare i conflitti e conoscere le persone poiché implica ascolto attivo e ci aiuta a percepire l'altro per quello che realmente è, consente di comprendere le sue buone ragioni e, nella relazione, restituire argomenti che ne tengano conto. La gentilezza è sì una condizione umana ma non è ne facile né intuitiva, richiede intenzionalità e applicazione, la gentilezza è ostacolata dall'incapacità di stare", e questo vale non solo per le interazioni con i pazienti, ma anche tra professionisti. Ogni atto di altruismo, che sia un sorriso, un gesto di supporto o una parola di incoraggiamento, non solo solleva lo spirito di chi lo riceve, ma rafforza anche il legame all'interno del team.

Anche da autori come Rowling possiamo trovare spunti interessanti, nella famosa saga Harry Potter il saggio preside Albus Silente stimolai suoi studenti ad essere autentici affermando: "Sono le scelte che facciamo a definire ciò che siamo, non le nostre capacità" (la Camera dei Segreti 2002). Questa frase sottolinea l'importanza delle decisioni e delle scelte personali nel plasmare la nostra identità, sia personale che professionale, piuttosto che semplicemente le nostre innate capacità o talenti, siamo fatti di scienza e di coscienza, di conoscenze e competenze ma anche di valori, questi sono la nostra guida nell'agire, nel nostro contesto professionale: scegliere di esercitare gentilezza e altruismo è una decisione consapevole che può avere un impatto profondo sul benessere collettivo. Ogni infermiere ha il potere di influenzare l'atmosfera del proprio ambiente di lavoro attraverso azioni quotidiane che

promuovono la gentilezza e la solidarietà.

Il concetto espresso nell'articolo 15 del Codice deontologico delle professioni Infermieristiche di "Cura dei Curanti" rappresenta non solo un dovere verso le persone che assistiamo ma anche un imperativo per il benessere di tutti coloro che operano nel campo della cura. I valori di solidarietà, auto aiuto, presa in cura, altruismo, compassione e gentilezza non devono essere considerati degli ideali astratti, ma piuttosto come principi pratici radicati nella quotidianità professionale, l'intero codice si prefigge questo scopo.

In un'epoca in cui il burnout e lo stress lavorativo sono sempre più riconosciuti come sfide significative per gli infermieri, l'implementazione di queste pratiche diventa cruciale. Come sottolinea Vito Mancuso, coltivare la consapevolezza delle proprie emozioni non è solo un atto di cura di sé, ma un contributo alla salute dell'intero sistema. Pertanto, promuovere un ambiente di Cura dei Curanti arricchisce non solo ogni individuo, ma l'intera professione, creando un cerchio virtuoso di supporto e benessere che alla fine si riflette nella qualità dell'assistenza fornita. Far propri questi valori e praticarli quotidianamente ci permette di costruire una comunità infermieristica più forte, resiliente e, soprattutto, umana, in grado di migliorare l'armonia di una intera società.

Bibliografia essenziale

- Carofiglio G. (2025). Appunti non riuniti Convegno FNOPI, Rimini
- Carofiglio G. (2004). Il passato è una terra straniera. Milano: Rizzoli
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2025). Roma: FNOPI
- Mancuso V. (2019). La forza di essere migliori. Milano: Garzanti
- Mortari L. (2013). Aver cura di sé. Milano: Raffaele Cortina Editore
- Rowling J.K. (2002). Harry Potter e la pietra filosofale. Milano: Salani Editore
- Zighetti M. (2016). Essere esseri umani. Milano: Edizioni D'Este

L'angolo ENPAPI

Alla ricerca della sostenibilità: Il futuro dell'infermiere libero professionista passa anche da ENPAPI

Merlini Paolo, Consigliere Consiglio di Amministrazione ENPAPI

Pensare alla ricerca infermieristica significa pensare alla nostra stessa identità.

Ogni volta che osserviamo un paziente con attenzione, che analizziamo un esito clinico o ci chiediamo se un gesto possa essere più efficace, stiamo già facendo ricerca. Non è solo un atto tecnico: è una forma di curiosità, di desiderio di capire cosa si nasconde dietro ciò che accade, per poter migliorare.

Esiste una connessione profonda anche tra ricerca e previdenza, e non solo perché entrambe guardano avanti.

La prima studia il futuro della cura, la seconda costruisce il futuro di chi cura. Entrambe richiedono metodo, costanza e senso di responsabilità.

E soprattutto, entrambe partono dalla stessa domanda: cosa possiamo fare oggi per migliorare il domani?

A livello previdenziale si tratta di una ricerca che non vive nei laboratori e nelle pubblicazioni scientifiche, una ricerca forse più silenziosa e meno visibile, che ha come fine ultimo la sostenibilità del lavoro autonomo e della futura pensione di ogni professionista.

In questa prospettiva, ENPAPI non è soltanto un ente previdenziale, ma un vero e proprio luogo di osservazione e di analisi.

Dietro ogni bilancio, ogni tabella, ogni rapporto annuale, c'è una domanda di fondo: come valorizzare la professione infermieristica autonoma nel tempo?

La ricerca clinica mira a migliorare l'assistenza, la sicurezza e la qualità delle cure rivolte al paziente.

La ricerca previdenziale, invece, mira a migliorare la qualità della vita del professionista.

Entrambe condividono lo stesso principio: la conoscenza come punto di partenza per l'evoluzione.

Perché la cura non può esistere senza conoscenza, e la conoscenza non può fermarsi solo all'ambito sanitario: può comprendere i meccanismi che sostengono la

nostra professione, i diritti che ci spettano e le tutele che possiamo costruire per il futuro.

Ed entrambe, alla fine, daranno un risultato verificabile.

Pensare la previdenza in questi termini ci aiuta anche a smettere di considerarla un obbligo amministrativo per iniziare a vederla per quello che è: un investimento consapevole. Una forma di lungimiranza professionale che fa parte della crescita culturale dell'infermieristica moderna.

In questo senso, i dati verificabili che riguardano ENPAPI sono la fonte primaria a cui può rivolgersi il professionista: anche rimanere sempre informati è una forma di tutela del proprio futuro.

La figura dell'infermiere libero professionista è oggi in costante trasformazione. Sempre più colleghi scelgono la via dell'autonomia per valorizzare le proprie competenze e offrire servizi più mirati, flessibili, vicini alle persone. È una scelta che richiede coraggio e visione, perché significa assumersi in prima persona la responsabilità del proprio lavoro e del proprio futuro.

Ed è proprio in questo cammino che ENPAPI diventa il partner silenzioso, il laboratorio che lavora dietro le quinte per garantire stabilità, protezione e continuità. Attraverso la previdenza, il sostegno al reddito, le coperture assicurative e i programmi di welfare, l'Ente accompagna il professionista lungo tutto il suo percorso: una forma di ricerca silenziosa ma concreta, che trasforma i numeri in scelte, e le scelte in sicurezza.

La nostra è una professione nata per prenderci cura degli altri, ma la cura, per restare autentica, deve diventare circolare: deve passare anche da noi.

Solo così potremo continuare a crescere come comunità professionale capace di guardare lontano, unendo etica, conoscenza e responsabilità.

Focus Mental Health

L'infermiere come caregiver professionale

Prendersi cura di chi cura

Mazzillo Rosalia, Psicologa Clinica

Rivetta Chiara, Psicologa Clinica

“Ogni giorno mi trovo accanto a persone fragili e famiglie che vivono momenti di dolore. Amo il mio lavoro, ma a volte sento che la sofferenza degli altri diventa troppo anche per me. Mi accorgo di essere più irritabile, più distaccata, e questo mi fa paura: non voglio perdere l'empatia che mi ha spinto a scegliere questa professione.”

Risposta

Il tuo vissuto richiama un fenomeno conosciuto come **compassion fatigue**, ovvero quando il contatto costante con la sofferenza logora le energie emotive di chi è impegnato nell'assistenza (Figley, 1995; Stamm, 2010). Non si tratta di un segno di debolezza, ma piuttosto di una risposta naturale e comprensibile a un impegno costante nella cura e nell'accompagnamento delle persone in situazioni di vulnerabilità. La sofferenza degli altri può diventare pesante, e anche se la tua motivazione a fare questo lavoro è profonda, è fondamentale che tu prenda delle misure per **proteggerti emotivamente** (Joinson, 1992).

Per prevenire e affrontare la *compassion fatigue*, è utile coltivare un'**empatia protetta**, che permette di restare vicini senza però farsi travolgere dalla sofferenza altrui (Figley, 2002). Esistono diversi strumenti e approcci per supportare questa protezione emotiva. La **supervisione** è un mezzo fondamentale per mantenere una distanza emotiva salutare. In questi incontri, un esperto (spesso uno psicologo o un counselor) aiuta a riflettere sull'esperienza professionale, a decodificare emozioni e difficoltà, a trovare soluzioni per gestire i carichi emotivi e a rinforzare le risorse personali (Kanter, 2007).

Un altro strumento molto utile è il **debriefing**, che consiste in momenti di condivisione collettiva in cui il team discute insieme le esperienze emotivamente intense. Questo processo permette di rielaborare le emozioni, ridurre l'isolamento e favorire il sostegno reciproco (Mitchell, 1983; Everly & Mitchell, 2000). Il **supporto dei colleghi**, in particolare, è cruciale: condividere il vissuto con persone che comprendono le stesse dinamiche aiuta a ridurre il senso di solitudine emotiva e aumenta la consapevolezza collettiva (Cohen & Wills, 1985).

Inoltre, pratiche di **autocura** come concedersi delle pause consapevoli, fare esercizi di rilassamento, praticare attività fisiche e ricreative che rigenerano, sono fonda-

mentali per mantenere l'equilibrio emotivo e prevenire il *burnout* (Maslach & Leiter, 2016). Può sembrare difficile, ma è importante ricordare che prendersi cura di sé non è egoismo, ma un atto necessario per garantire che tu possa continuare a prenderti cura degli altri con empatia e competenza.

Il **supporto psicologico** gioca un ruolo fondamentale in questo processo. Uno psicologo può aiutarti a comprendere meglio le tue emozioni, a sviluppare strategie di gestione dello stress e a integrare l'empatia protetta nel lavoro quotidiano. Il sostegno psicologico permette di riconoscere i segnali di esaurimento emotivo prima che diventino gravi e di affrontare eventuali difficoltà psicologiche legate alla professione, come l'ansia o la depressione da sovraccarico emotivo (Figley, 2002; Boyle, 2011). Inoltre, lo psicologo può offrire una prospettiva esterna, aiutando a distaccarsi dalle situazioni vissute in modo più obiettivo, senza compromettere l'autenticità nella relazione con il paziente.

Essere caregiver professionali significa prendersi cura non solo degli altri, ma anche di sé stessi. La capacità di riconoscere la propria vulnerabilità e di adottare pratiche di protezione emotiva non è un segno di debolezza, ma un atto di professionalità. Un infermiere o un operatore sanitario che sa proteggere la propria salute emotiva è in grado di essere più efficace, più presente e soprattutto più umano nell'accompagnare i pazienti nelle loro esperienze di sofferenza. Proteggendo te stesso, potrai continuare ad essere una risorsa per gli altri, senza compromettere il tuo benessere (Showalter, 2010).

“La pausa di respiro consapevole” mindfulness-based stress reduction (MBSR) sviluppate da Jon Kabat-Zinn

Durata: 5 minuti

Obiettivo: Rilasciare tensioni fisiche ed emotive, ristabilire presenza e centratura.

Istruzioni:

1. Trova un luogo tranquillo e siediti comodamente.
2. Chiudi gli occhi e porta l'attenzione al respiro, senza cercare di modificarlo.
3. Inspira lentamente contando fino a **4**, trattiene per **2**, espira contando fino a **6**.
4. Mentre espiri, immagina di lasciare andare la

stanchezza e le preoccupazioni accumulate.

5. Se arrivano pensieri, riconoscili e riportati gentilmente al respiro.
6. Dopo alcuni minuti, chiediti: *“Di cosa ho bisogno in questo momento per stare bene?”*
7. Concludi con un piccolo gesto di gratitudine verso te stesso per aver dedicato questo tempo al tuo benessere.

Dr.ssa Rosalia Manzillo Psicologa Clinica, Specializzanda in Psicoterapia ad orientamento Integrato. Svolge interventi di supporto psicologico nei percorsi di PMA e in ambito perinatale. dr.rmanzillo@gmail.com

Dr.ssa Chiara Rivetta Psicologa Clinica, Specializzanda in Psicoterapia ad orientamento Integrato, svolge riabilitazione cognitiva attraverso il metodo ABA. dr.chiararivetta@gmail.com

Riceviamo presso lo studio Just Be Kind a Vaprio d'Adda, dove svolgiamo diverse attività, tra cui supporto psicologico individuale (bambini, adolescenti e adulti), di coppia e familiare. Interventi di gruppo sul lutto, gruppo di parola per adolescenti, massaggio infantile percorsi di parent training.

Stato nutrizione del paziente affetto da linfoma: una survey del Gruppo Infermieristico della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL)

Nutritional status of the lymphoma patient: a survey by Nurse Group of Italian Lymphoma Foundation (GiFIL)

Ingrosso Filippo¹, Leone Marianna², Carli Ilaria³, Colalelli Michela⁴, Cieri Mariangela⁵, Longo Zaira⁶, Manzo Daniela⁷, Olivazzi Federica⁸, Saracino Lucia⁵, Zoboli Valentina⁹, Nepoti Giuliana⁶

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

²Ospedale Valduce – Como, Italia

³Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorato – Roma, Italia

⁴Fondazione IRCCS Policlinico Universitario Agostino Gemelli – Roma, Italia

⁵Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano, Italia

⁶IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola – Bologna, Italia

⁷Ospedale Civile di Pescara – Pescara, Italia

⁸ASST Spedali Civili di Brescia – Brescia, Italia

⁹Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo – Pavia, Italia

Riassunto

Introduzione: Le persone affette da linfoma presentano un elevato rischio di sviluppare disturbi nutrizionali che possono influenzare gli outcome di salute. La letteratura ad oggi fornisce un numero limitato di studi che esaminano l'aspetto nutrizionale nella popolazione di pazienti in oggetto. Questo studio ha l'obiettivo di indagare come viene affrontato e gestito l'aspetto nutrizionale nel paziente affetto da linfoma.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio descrittivo trasversale multicentrico mediante la somministrazione di un questionario di 26 item sviluppato 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 87 questionari provenienti da 38 Centri Ematologici italiani. Circa un terzo dei professionisti dichiara di eseguire lo screening e il re-screening nutrizionale e spesso le tempistiche e le metodiche utilizzate non sono in linea con quanto riportato in letteratura. Inoltre, più della metà dei professionisti ha affermato che nella propria realtà non esiste un team multidisciplinare che si occupi del supporto nutrizionale.

Conclusioni: È presente un'applicazione eterogenea e non puntuale delle metodiche di rilevazione e assessment dello stato nutrizionale. Al fine di uniformare la pratica clinica alle più recenti evidence, si potrebbero pianificare degli eventi formativi multidisciplinari, dotare le Unità Operative di Protocolli e mettere in atto iniziative finalizzate a migliorare la coesione e collaborazione interprofessionale.

Parole chiave: linfoma, stato nutrizionale, malnutrizione, qualità di vita.

Abstract

Introduction: People affected by lymphoma have a high risk of developing nutritional disorders which lead to a decrease in management outcomes. A limited number of studies examining the nutritional aspect in the patient population in question were found. This study aims to investigate how the nutritional aspect is addressed and managed in the centers belonging to the Italian Lymphoma Foundation (FIL).

Methods: A multicenter cross-sectional descriptive study was conducted through the administration of a 26-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, 87 questionnaires were received from 38 Italian Hematology Centers. Only about a third of professionals declare that they carry out nutritional screening and re-screening and often the timing and methods used are not in line with what is reported in the literature. Furthermore, more than half of the professionals stated that in their reality there is no multidisciplinary team that deals with nutritional support.

Conclusions: There is a heterogeneous and non-punctual application of methods for detecting and assessing nutritional status. In order to align clinical practice with the most recent evidence, multidisciplinary training events could be planned, the operational units could be

equipped with protocols and initiatives aimed at improving interprofessional cohesion and collaboration could be implemented.

Keywords: lymphoma, nutritional status, malnutrition, quality of life.

Background

Le patologie ematologiche neoplastiche rappresentano circa il 9% di tutti i tumori e sono il quarto tumore più diagnosticato sia negli uomini che nelle donne [1]. Tra queste, i linfomi sono un gruppo eterogeneo di neoplasie del sistema immunitario che originano da linfociti maturi in diverse fasi della loro differenziazione [2]. I pazienti affetti da linfoma spesso presentano un elevato rischio di sviluppare problemi nutrizionali, tra cui malnutrizione, ridotta massa muscolare e sarcopenia [3, 4].

Al momento della diagnosi è importante valutare eventuali problemi nutrizionali, in quanto potrebbero influenzare negativamente il decorso della malattia [5]. La malnutrizione neoplastica può essere associata ad una scarsa tolleranza alla terapia, ad una maggiore suscettibilità agli eventi avversi correlati al trattamento, all'aumento della durata media della degenza, ad una riduzione della qualità di vita e alla diminuzione della sopravvivenza [6]. In letteratura è stato reperito un numero molto limitato di studi che esaminano specificatamente l'aspetto nutrizionale nell'ambito dei pazienti affetti da linfoma [6, 9, 11, 12]. Nel contesto italiano, in merito all'assistenza del paziente con linfoma, è stata riscontrata una grande disomogeneità.

Questo studio ha come obiettivo quello di indagare come viene affrontato e gestito l'aspetto nutrizionale nel paziente affetto da linfoma; 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 relativi alla qualità della vita, alla risposta ai trattamenti e alla mortalità.

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 dal 4 maggio 2023 al 12 giugno 2023.

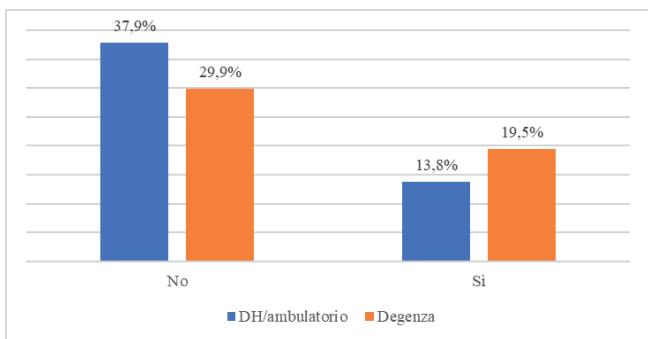
Lo strumento di indagine utilizzato per la raccolta dei dati è stato un questionario realizzato ad hoc mediante brainstorming e consenso del gruppo di ricerca composto da 12 infermieri con esperienza pluriennale nella presa in carico del paziente affetto da linfoma. Per la realizzazione del questionario si è 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 tre infermieri che hanno verificato la facilità di compilazione e la chiarezza delle domande.

Il questionario era composto da 21 item a risposta chiusa, di cui tre offrivano la possibilità di integrare informazioni e tre item a risposta aperta. La prima sezione era finalizzata a raccogliere dati di contesto quali il Centro di appartenenza, la professione, la sede lavorativa, gli anni di esperienza nell'ambito specifico e il genere (item 1-6). La seconda sezione era finalizzata a descrivere le modalità attraverso le quali viene rilevata e gestita la situazione nutrizionale del paziente affetto da linfoma (item 7-24). Il questionario è stato sviluppato con l'applicato Google Moduli e diffuso tramite mail agli infermieri e medici in servizio presso le Unità Operative di Ematologia Adulti italiane. Ogni partecipante poteva compilare il questionario una sola volta. Il tempo stimato per la compilazione era di circa dieci minuti. Le risposte dovevano rappresentare le politiche locali e rispecchiare fedelmente la pratica attuale. Le risposte dei questionari sono state trasferite in un foglio di calcolo Excel ed è stata condotta un'analisi descrittiva dei dati mediante frequenze assolute e percentuali. Grafici e tavole sono stati impiegati per sintetizzare i risultati.

Risultati

Dall'indagine sono pervenuti 87 questionari compilati rispettivamente da 51 infermieri (58.6%) e 36 medici (41.4%), provenienti da 38 Centri Ematologici italiani; 42 professionisti (51.7%) lavoravano in reparto: 38 erano infermieri (43.7%) e 4 medici (4.6%), mentre 45 (48.3%) svolgevano la propria attività lavorativa in regime di day hospital/ambulatoriale: 13 erano infermieri (14.9%) e 32 medici (36.8%). 29 professionisti hanno dichiarato di eseguire lo screening nutrizionale al paziente affetto da linfoma (33.3%) e 58 di non effettuarlo (66.7%).



Graf. 1: Risposta all'item "Nel tuo centro viene effettuato lo screening nutrizionale?" ripartita tra i contesti di DH/ambulatorio e degenza.

Tra i professionisti che hanno dichiarato di effettuare lo screening nutrizionale, 20 hanno specificato di effettuarlo all'avvio della terapia (69%); 8 professionisti hanno dichiarato di effettuare lo screening nutrizionale al momento della diagnosi (27.6%); 1 professionista ha dichiarato che nel proprio centro viene effettuato alla dimissione (3.4%). All'item: "Nel tuo centro viene effettuato il re-screening nutrizionale?" 56 professionisti hanno risposto in modo negativo (64.4%) e 31 in modo affermativo (35.6%).

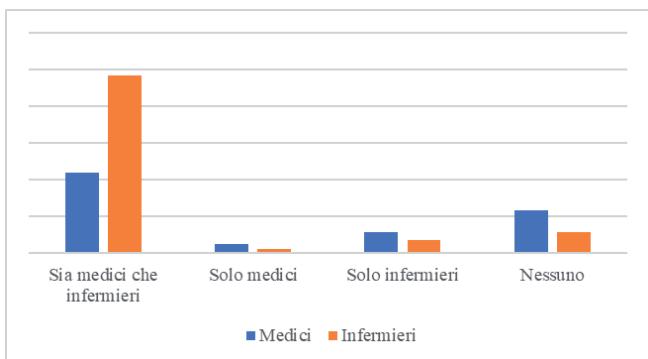


Grafico 3: Risposta all'item "Nel tuo centro viene effettuato il re-screening nutrizionale?" ripartita tra i contesti di DH/ambulatorio e degenza.

All'item: "Se sì, quando?" i professionisti hanno dichiarato: il 21.8% "Allo scadimento delle condizioni generali" (19, di cui 11 provenienti da DH e 8 da degenza), il 5.7% "All'avvio di ogni ciclo terapeutico" (5, di cui 3 da DH e 2 dalla degenza), il 4.6% "All'ingresso in reparto" (4, dalla degenza), il 2.3% "Ogni settimana" (2, dalla degenza), l'11.1% "Cadenza indicata dal nutrizionista" (1 da DH). All'item "Esiste un team multidisciplinare che si occupa del supporto nutrizionale?" 50 professionisti hanno risposto in modo negativo (57.5%) e 37 in modo positivo (42.5%). All'item "Ai caregiver e/o familiari dei pazienti è consentito far recapitare al paziente ricoverato cibi preparati a domicilio?" il 67.8% ha risposto "Sì" (59, di cui 44 da DH e 15 dalla degenza) e il 32.2% ha risposto "No" (28, di cui 13 da DH e 15 dalla degenza). All'item "Se no, perché?" sono state riportate motivazioni ascrivibili alle norme igienico-sanitarie, al rischio infettivo e alla fragilità peculiare del paziente ematologico immunocompromesso. All'item "Esiste una brochure informativa interna da consegnare al paziente e al caregiver sul regime alimentare da adottare al domicilio?" 44 professionisti hanno risposto in modo affermativo (50.6%) e 43 in modo negativo (49.4%).

Discussione

Dalle risposte al questionario emergono diverse riflessioni circa la gestione dell'aspetto nutrizionale nel paziente affetto da linfoma nel contesto italiano. Soltanto un terzo dei professionisti esegue lo screening nutrizionale al paziente affetto da linfoma e nella maggior parte dei casi questo viene fatto all'avvio della terapia; ciò è in contrasto con le indicazioni riportate in letteratura, secondo le quali sarebbe opportuno effettuare una prima valutazione nutrizionale al momento della diagnosi [4, 5, 9]. Lo screening iniziale dovrebbe includere almeno la rilevazione dell'indice di massa corporea, le variazioni nella quantità di cibo assunto e nel peso corporeo e lo spessore della plica cutanea del tricipite [4, 9, 10].

Negli ultimi decenni, gli indici legati alla nutrizione sono costantemente aumentati e la valutazione dello stato nutrizionale è stata oggetto di attenzione progressivamente crescente [10]. Le più recenti evidence scientifiche suggeriscono di utilizzare delle scale di valutazione dello stato nutrizionale, al fine di ottenere informazioni più dettagliate [9, 10]. Tra le scale di valutazione individuate in letteratura si hanno: Mini Nutritional Assessment (MNA) specifica per l'età geriatrica, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) per l'ambito ospedaliero e di comunità, Subject Global Assessment (SGA) per l'età geriatrica e l'ambito ospedaliero, Nutritional Risk Screening (NRS) per l'ambito ospedaliero, Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) per l'ambito ambulatoriale [11, 12, 13]. La letteratura identifica inoltre delle scale

di valutazione dello stato nutrizionale che assumono un valore prognostico specifico per i pazienti affetti da linfoma, tra le quali si hanno Prognostic Nutrition Index (PNI), Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) e Glasgow Prognostic Score (GP) [3, 6, 10].

Quasi due terzi dei professionisti dichiara che nel loro centro non viene effettuato il re-screening nutrizionale; i professionisti che rispondono in modo affermativo all'item dichiarano di effettuare il re-screening per la maggior parte dei casi allo scadimento delle condizioni generali. Ciò potrebbe indicare una poca attenzione generale verso la rivalutazione dello stato nutrizionale, il quale viene riesaminato soltanto dopo una valutazione soggettiva delle condizioni del paziente. La letteratura è concorde nel suggerire una rivalutazione periodica dello stato nutrizionale dei pazienti con patologia oncologica al fine di monitorare miglioramenti o peggioramenti e l'adeguatezza dell'eventuale supporto nutrizionale (5, 6) ma non fornisce indicazioni precise sulle tempistiche. Uniformare la pratica clinica rispetto alle prove di efficacia più recenti potrebbe essere un obiettivo alla portata dei professionisti, da ricercarsi attraverso l'organizzazione di corsi di formazioni inerenti allo specifico ambito o con la predisposizione di protocolli condivisi all'interno delle Unità Operative, in cui vengano dettagliate modalità e tempistiche dello screening, re-screening e i provvedimenti da attuare in relazione ai risultati delle rilevazioni.

Più della metà dei professionisti dichiara che non esiste un team multidisciplinare che si occupi del supporto nutrizionale, con confini professionali e di ruolo spesso sfumati in relazione alla problematica in oggetto. Questo aspetto, in relazione a quanto afferma la letteratura, deve essere necessariamente chiarito in maniera dettagliata, poiché una maggiore chiarezza su ruoli e funzioni può avere una conseguenza diretta sugli outcome al termine del percorso di cura. Circa un terzo dei rispondenti alla survey dichiara che presso la propria realtà non è consentito far recapitare al paziente ricoverato cibi preparati a domicilio, principalmente per motivi legati al rischio infettivo e di contaminazione. La letteratura non fornisce indicazioni sui rischi o benefici sulla somministrazione di cibi preparati a domicilio da una persona adeguatamente formata. Le diete a bassa carica microbica sono comunemente prescritte ai pazienti oncologici neutropenici con l'intento di ridurre i tassi di infezione [14]. Tali diete sono restrittive, difficili da seguire e costringono i pazienti a omettere frutta e verdura fresca e a limitare i latticini e i prodotti a base di carne [15]. Queste omissioni dietetiche compromettono l'apporto nutrizionale in pazienti che sono già ad alto rischio di malnutrizione [14, 15]. Attualmente non esistono evidenze a sostegno dell'uso di una dieta a bassa carica microbica o di altre restrizioni alimentari nei pazienti neutropenici oncologici, sebbene tale regime alimentare

sia spesso ancora prescritto [14, 16, 17]. In una meta-analisi del 2019 viene riportato che in pazienti sottoposti a trapianto di cellule emopoietiche, la dieta a bassa carica microbica è stata associata a un rischio leggermente più elevato di infezioni (RR 1.25; IC 95% da 1.02 a 1.54) e non è stata osservata alcuna differenza nella mortalità tra la dieta a bassa carica microbica e la dieta regolare (RR 1.08, IC 95% da 0.78 a 1.50) [18]. L'indicazione sarebbe dunque quella di seguire le linee guida per la corretta manipolazione e conservazione degli alimenti raccomandate dalla Food and Drug Administration [18] e utilizzare una dieta "ragionata" specifica per la tipologia di pazienti in oggetto [19]. Al fine di uniformare la pratica clinico-assistenziale alle più recenti evidence scientifiche, il GiFIL ha elaborato una flowchart che possa essere utilizzata come guida presso le Unità Operative (Appendice 2). 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.

Conclusioni

In conclusione, è possibile affermare come dalla survey condotta emerga una applicazione eterogenea e non puntuale delle metodiche di rilevazione e assessment dello stato nutrizionale del paziente affetto da linfoma nel contesto italiano. Al fine di uniformare la pratica clinica alle più recenti indicazioni da parte della letteratura, si potrebbero organizzare dei corsi di formazione specifici e multidisciplinari. Tali corsi dovrebbero formare i professionisti circa l'importanza della valutazione nutrizionale al momento della diagnosi e della rivalutazione periodica secondo tempistiche stabilite dai professionisti in base alle caratteristiche individuali del paziente. Dovrebbero essere apprese le modalità attraverso le quali effettuare la valutazione nutrizionale e come far fronte ai diversi esiti della stessa. Sarebbe opportuno formare i professionisti anche sul regime alimentare più adatto ai pazienti affetti da linfoma nelle varie fasi della patologia e sull'importanza dell'esercizio fisico, così che possano attuare un'educazione sanitaria aggiornata alle più recenti prove di efficacia. Sarebbe utile che le Unità Operative si dotassero di protocolli condivisi tra tutti i professionisti coinvolti, al fine di portare chiarezza su ruoli e funzioni e in ultima analisi migliorare gli outcome di presa in carico.

Per quanto concerne le prospettive future, si potrebbero condurre delle indagini su quanto i pazienti con linfoma gradiscono gli alimenti offerti durante la degenza e se desiderino invece alimenti provenienti dall'esterno che siano opportunamente maneggiati e conservati. Si potrebbero effettuare delle valutazioni sullo stato nutrizionale dei pazienti che si alimentano con cibo ospedaliero confrontan-

dole con i pazienti che integrano l'alimentazione con cibi e bevande recapitati dell'esterno. Si potrebbero pianificare degli studi pre- e post-intervento al fine di valutare l'efficacia dei corsi di formazione e dell'introduzione di protocolli per l'assessment nutrizionale nel paziente con linfoma, valutando l'applicazione delle norme di buona pratica clinica, le eventuali variazioni sullo stato nutrizionale del paziente, i tassi di infezione, le giornate di degenza e altri outcome di presa in carico. Potrebbero essere condotti degli studi multicentrici finalizzati ad indagare le differenze tra le realtà dotate di team multidisciplinare formalizzato e le realtà in cui questo non è presente, in termini di stato nutrizionale dei pazienti, giornate di degenza, soddisfazione percepita dal paziente e dai professionisti. Si potrebbero infine condurre studi sull'alimentazione del paziente con linfoma sottoposto a CAR-T, al fine di comprendere se esiste un'associazione tra interventi di supporto nutrizionale ed outcome, dal momento che la letteratura attualmente non fornisce informazioni a riguardo [20].

Bibliografia

1. Yilmaz M, Atilla FD, Sahin F, Saydam G. The effect of malnutrition on mortality in hospitalized patients with hematologic malignancy. *Support Care Cancer* 2020; 28(3):1441-1448
2. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Linee guida LINFOMI; 2018
3. Mancuso S, Mattana M, Santoro M, Carlisi M, Buscemi S, Siragusa S. Host-related factors and cancer: Malnutrition and non-Hodgkin lymphoma. *Hematol Oncol* 2022; 40(3):320-331
4. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthélémy N, Bertz H, Bozzetti F, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S, Krznaric Z, Laird B, Larsson M, Laviano A, Mühlebach S, Oldervoll L, Ravasco P, Solheim TS, Strasser F, de van der Schueren M, Preiser JC, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021; 40(5):2898-2913
5. Muscaritoli M, Bar-Sela G, Battisti NML, Belev B, Contreras-Martínez J, Cortesi E, de Brito-Ashurst I, Prado CM, Ravasco P, Yalcin S. Oncology-led early identification of nutritional risk: a Pragmatic, Evidence-Based Protocol (PRONTO). *Cancers (Basel)* 2023; 15(2):380
6. Zhang Y, Chen Q, Lu C, Yu L. Prognostic role of controlling nutritional status score in hematological malignancies. *Hematology* 2022; 27(1):653-658
7. Yan D, Shen Z, Zhang S, Hu L, Sun Q, Xu K, Jin Y, Sang W. Prognostic values of geriatric nutritional risk index (GNRI) and prognostic nutritional index (PNI) in elderly patients with Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *J Cancer* 2021; 12(23):7010-7017
8. Zou Y, Xu H, Lyu Q, Weng M, Cui J, Shi H, Song C. Malnutrition diagnosed by GLIM criteria better predicts long-term outcomes for patients with non-Hodgkin's lymphoma: a prospective multicenter cohort study. *Hematol Oncol* 2023; 41(3):371-379
9. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthélémy N, Bertz H, Bozzetti F, Fearon K, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S, Krznaric Z, Laird B, Larsson M, Laviano A, Mühlebach S, Muscaritoli M, Oldervoll L, Ravasco P, Solheim T, Strasser F, de van der Schueren M, Preiser JC. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017; 36(1):111-148
10. Lu T, Shi X, Ge X, Li Y, Cai Y, Chen X, Hu S, Ding M, Fang X, Liu F, Zhou X, Wang X. Derivation and validation of a nutrition-covered prognostic scoring system for extranodal NK/T-cell lymphoma. *Front Nutr* 2023; 10:1080181
11. Castillo-Martínez L, Castro-Eguiluz D, Copca-Mendoza ET, Pérez-Camargo DA, Reyes-Torres CA, Ávila EA, López-Córdova G, Fuentes-Hernández MR, Cetina-Pérez L, Milke-García MDP. Nutritional Assessment Tools for the Identification of Malnutrition and Nutritional Risk Associated with Cancer Treatment. *Rev Invest Clin* 2018; 70(3):121-125
12. Dent E, Hoogendoijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. *J Nutr Health Aging* 2019; 23(5):431-441
13. De Groot LM, Lee G, Ackerie A, van der Meij BS. Malnutrition screening and assessment in the cancer care ambulatory setting: mortality predictability and validity of the patient-generated subjective global assessment short form (PG-SGA SF) and the GLIM criteria. *Nutrients* 2020; 12(8):2287
14. Ball S, Brown TJ, Das A, Khera R, Khanna S, Gupta A. Effect of neutropenic diet on infection rates in cancer patients with neutropenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Oncol* 2019; 42(3):270-274
15. Wolfe HR, Sadeghi N, Agrawal D, Johnson DH, Gupta A. Things we do for no reason: neutropenic diet. *J Hosp Med* 2018; 13(8):573-576
16. Brown TJ, Mukhija D, Premnath N, Venkatraman A, Jiv Singh Nagpal S, Gupta A. Dissemination of information on neutropenic diet by top US cancer centers: in-line with the evidence? *Nutr Cancer* 2019; 71(8):1272-1275
17. Radhakrishnan V, Lagudu PBB, Gangopadhyay D, Vijaykumar V, Rajaraman S, Perumal Kalaiyarasi J, Ganeshan P, Ganesan TS. Neutropenic versus regular diet for acute leukaemia induction chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ Support Palliat Care* 2022; 12(4):421-430
18. Sonbol MB, Jain T, Firwana B, Hilal T, Deleon T, Mu-

- rad A, Murad MH, Khera N. Neutropenic diets to prevent cancer infections: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* 2019; 9(4):425-433
19. De Bock T, Jacxsens L, Maes F, Van Meerhaeghe S, Reyaerts M, Uyttendaele M. Microbiological profiling and knowledge of food preservation technology to support guidance on a neutropenic diet for immunocompromised patients. *Front Microbiol* 2023; 14:1136887
20. Cucchiaro B, Weekes CE. Systematic review of nutrition support interventions in adult haematology and oncology patients receiving CAR T cell therapy. *Clin Nutr ESPEN* 2021; 46:60-65

Appendice I

Questionario:

INDAGINE SULLO STATO NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE AFFETTO DA LINFOMA: PERCEZIONE DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE SUL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI DI SCREENING

1. Professione
 - Medico
 - Infermiere
2. Sede lavorativa
 - Degenza ordinaria
 - Day Hospital/Ambulatorio
3. Esperienza lavorativa
 - 0 – 5 anni
 - 5 – 10 anni
 - 10 – 20 anni
 - > 20 anni
4. Genere
 - M
 - F
 - Preferisco non dichiararlo
5. Nel tuo centro viene effettuato lo screening nutrizionale?
 - Sì
 - No
6. Se sì, quando viene effettuato lo screening nutrizionale?
 - Alla diagnosi
 - All'avvio della terapia
 - Alla dimissione
7. Quali strumenti di screening vengono utilizzati nel tuo centro?
 - MUST
 - MST
 - NRS 2002
 - PG –SGA
 - Altro_____

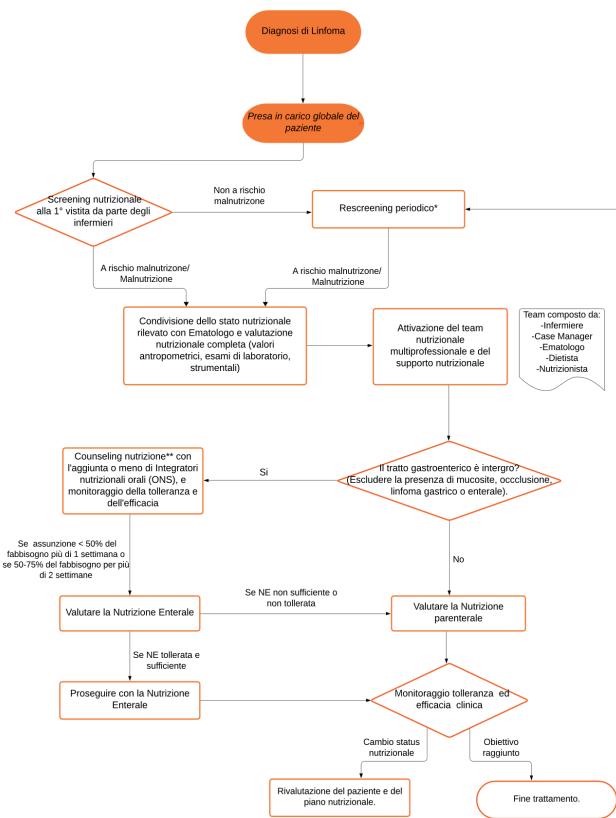
8. Se non utilizzi strumenti di valutazione nutrizionale, quali altri metodi adotti? _____
9. Nel tuo centro viene effettuato il re-screening nutrizionale?
 - Sì
 - No
10. Se sì, quando?
 - All'avvio di ogni ciclo terapeutico
 - Ogni settimana
 - Allo scadimento delle condizioni cliniche generali
 - Altro_____
11. Chi fa il re-screening nutrizionale?
 - Medico
 - Infermiere
12. Al momento di diagnosi di malnutrizione nella tua struttura è attivo un percorso di supporto nutrizionale?
 - Sì
 - No
13. Se sì, chi attiva il percorso di supporto nutrizionale?
 - Medico
 - Infermiere
 - Coordinatore Infermieristico
 - Infermiere Case Manager
14. Esiste un team multidisciplinare che si occupa del supporto nutrizionale?
 - Sì
 - No
15. Se sì, quali professionisti sono coinvolti?

16. Secondo la tua esperienza, quali sono i fattori che aumentano il rischio nutrizionale?
 - Alterazione del gusto
 - Effetti indesiderati al trattamento (mucosite, nausea, vomito, diarrea)
 - Inappetenza
 - Stato emotivo
17. Ritieni che il rischio di malnutrizione possa incidere sul decorso clinico del paziente?
 - Sì
 - In parte
 - No
18. Nella tua unità operativa il personale sanitario esegue educazione alimentare?
 - Sì, solo infermieri
 - Sì, solo i medici
 - Entrambi
 - Nessuno
19. In caso di diagnosi di malnutrizione, quali supporti nutrizionali vengono prescritti al paziente?
 - Nutrizione parenterale

- Nutrizione enterale
 - Supporti nutrizionali orali
 - Tutti quelli sopra elencati
 - Altro _____
20. Ti è capitato di suggerire al paziente di osservare il digiuno?
- Sì
 - No
 - Ai caregiver e/o familiari dei pazienti è consentito far recapitare al paziente ricoverato cibi preparati a domicilio?
 - Sì
 - No
21. Se no, perché? _____
- I. Esiste una brochure informativa interna da consegnare al paziente e al caregiver sul regime alimentare da adottare al domicilio?
- Sì
 - No
23. Sei a conoscenza dell'esistenza di opuscoli informativi contenenti consigli nutrizionali e ricette redatti dalla Fondazione Italiana Linfomi?
- Sì
 - No
24. Ritieni che il paziente affetto da Linfoma possa mangiare qualsiasi cosa?
- Sì
 - No
 - Non saprei

Appendice 2

Flowchart guida per la presa in carico del paziente dal punto di vista nutrizionale:



*settimanale per i pazienti ricoverati; ripetuto sistematicamente ad ogni visita per i pazienti ambulatoriali.
**aggiornamento del programma dietetico; educazione alimentare e dieta ad elevato contenuto energetico e proteico; gestione sintomi Riferimenti:
Linea guida pratica ESPEN: nutrizione clinica nel cancro, 2017
Supporto nutrizionale in oncologia - FNQPI-AIDOM 2022

L'utilizzo della scala di BRASS in ambito extraospedaliero.

Revisione narrativa della letteratura

Use of BRASS scale in the out-of-hospital setting. Narrative literature review

Mornati Nicolò¹, Serrentini Alessia², Maugeri Federica¹, Leon Garcia Jesus Francisco Javier²

¹ Università degli Studi di Milano

² Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore

Autore di corrispondenza:

LEON GARCIA Jesus Francisco Javier, Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico

ABSTRACT

Introduzione: Per identificare gli assistiti a rischio di riospedalizzazione o di dimissione difficile possono essere utilizzati strumenti di screening, tra cui la Blaylock Risk Assessment Screening and Score (BRASS) che individua tre classi di rischio di dimissione. Tale scala viene utilizzata non solo in fase di dimissioni a domicilio ma anche durante il trasferimento intraospedaliero o extraospedaliero verso un'altra struttura.

Obiettivo: Descrivere l'utilizzo della scala di BRASS nei setting riabilitativi ed extraospedalieri.

Metodi: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura da aprile a settembre 2024. Sono stati inclusi studi primari pubblicati tra il 2004 e il 2024 svolti in ambito riabilitativo. Gli articoli provengono dalle banche dati PubMed, Cinahl e Scopus.

Risultati: Sono stati analizzati cinque articoli svolti in Italia in un periodo compreso tra il 2012 e il 2020. La popolazione di riferimento degli studi sono persone anziane di età ≥ 65 anni ricoverate in reparti di riabilitazione neurologica e Alzheimer, reumatologia, riabilitazione ortopedica/fisiatrica e unità di cure sub-acute. La Rasch-Modified BRASS (RMB) propone un set ridotto di sette item dell'indice di BRASS, specifici per l'ambito riabilitativo: mobilità, deficit sensoriali, numeri di farmaci assunti, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, numero di problemi clinici attivi.

Conclusioni: L'utilizzo della scala di BRASS in ambito riabilitativo, è un valido strumento predittivo del rischio di dimissione difficile, che permette all'infermiere di avere una visione clinica completa dell'assistito e di pianificare un percorso riabilitativo personalizzato.

Parole chiave: "BRASS", "Discharge", "Blaylock Risk Assessment Screening Score", "Continuity of Patient Care", "Rehabilitation".

ABSTRACT

Introduction: Screening tools, including the Blaylock Risk Assessment Screening and Score (BRASS), which identifies three classes of discharge risk, can be used to identify patients at risk of rehospitalization or difficult discharge. This scale is used not only at home discharge but also during intrahospital or out-of-hospital transfer to another facility.

Aim: To describe the use of the BRASS scale in rehabilitation and out-of-hospital settings.

Materials and Methods: A narrative review of the literature from April to September 2024 was conducted. Primary studies published between 2004 and 2024 conducted in rehabilitation settings were included. Articles were from the PubMed, Cinahl, and Scopus databases.

Results: Five articles from Italy between 2012 and 2020 were analyzed. The study target population were elderly people aged ≥65 years admitted to neurological and Alzheimer's rehabilitation, rheumatology, orthopedic/physiatric rehabilitation, and sub-acute care units. The Rasch-Modified BRASS (RMB) proposed a reduced set of seven BRASS index items specific to the rehabilitation setting: mobility, sensory deficits, numbers of medications taken, functional status, cognitive status, behavioral pattern, and number of active clinical problems.

Conclusions: The use of the BRASS scale in the rehabilitation setting, is a valid predictor of difficult discharge risk, allowing nurses to obtain a complete clinical view of the patient and to design a personalized rehabilitation pathway.

Keywords: "BRASS", "Discharge", "Blaylock Risk Assessment Screening Score", "Continuity of Patient Care", "Rehabilitation".

Introduzione

La dimissione da un setting ospedaliero a uno territoriale o sociosanitario conclude un periodo di assistenza, diagnosi e cura per aprire uno successivo in cui la persona, se ne-

cessario, viene presa in carico da altri servizi o operatori, segnando così il passaggio da una tipologia di cure ad alta intensità ma occasionale, ad una caratterizzata da approcci di minor intensità ma continuativi con diversi orari, professionisti coinvolti e approcci diversi [1]. Si stima che in Italia oltre 8 milioni di persone vengano dimesse annualmente dagli ospedali. Durante il percorso di dimissioni, il team sanitario ha un ruolo nella pianificazione delle cure post-ospedaliere che dovrà seguire il paziente una volta dimesso [2,3]. Le difficoltà legate alla dimissione non sempre corrispondono al numero di dispositivi medici, alla complessità delle medicazioni o alla gravità del quadro clinico, ma spesso dipendono dalle capacità di self-care e dalle risorse emotive e materiali della persona assistita e della sua famiglia [4]. A tal fine, vengono eseguite valutazioni multidimensionali che prendono in considerazione, oltre alla patologia di base, molteplici fattori quali stato cognitivo e funzionale, natura e idoneità dell'abitazione attuale dell'assistito (pulizia, presenza di scale), sostegno della famiglia o di un caregiver idoneo, accesso ai farmaci, disponibilità di trasporto sia dall'ospedale al domicilio che per follow-up. Qualora le dimissioni non siano adeguatamente pianificate, il processo di continuità delle cure verrà a meno, prolungando la degenza e ritardando il rientro a domicilio, quest'ultimo fenomeno viene denominato "bed blocking", ossia l'occupazione impropria dei letti nelle strutture ospedaliere per acuti [5,6]. Per identificare con maggiore precisione gli assistiti a rischio di dimissione difficile, possono essere utilizzati strumenti di screening, tra cui la Blaylock Risk Assessment Screening and Score (BRASS index), che può essere somministrata al momento del ricovero in reparto e consente di individuare gli assistiti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile nei diversi contesti ospedalieri. Tale scala viene utilizzata non solo per dimettere la persona assistita a domicilio ma anche durante il trasferimento da una struttura ospedaliera a un'altra, oppure da un reparto ad un altro [1,7]

Obiettivo

L'obiettivo primario è descrivere l'utilizzo della scala di BRASS nei setting riabilitativi ed extraospedalieri. Gli obiettivi secondari sono: identificare i reparti riabilitativi dove viene utilizzata e identificare eventuali BRASS modificate specifiche per l'ambito riabilitativo.

Materiali E Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura, la cui domanda di ricerca formulata è: "Quali sono i diversi tipi di scala di BRASS che vengono utilizzate in ambito riabilitativo e qual è l'efficacia del loro valore predittivo?". È stato utilizzato il framework PIO: (P) Dimissioni difficili in ambito riabilitativo; (I) Scala di BRASS; (O) Diminuzione della riospedalizzazione e della durata del ricovero ospedaliero. Sono stati individuati i seguenti criteri di inclusione:

Lingua inglese, italiano, spagnolo e portoghese; studi primari; articoli pubblicati tra il 2004 e il 2024 svolti in ambito riabilitativo. È stata prevista l'esclusione di articoli svolti esclusivamente in ambito ospedaliero e pubblicati prima del 2004. Sono state consultate le banche dati biomediche: Pubmed, Cinahl e Scopus. Le stringhe di ricerca utilizzate sono riportate in Tab.I.

Tabella 1. Stringhe di ricerca.

Banca dati	Stringa di ricerca
Pubmed	("BRASS" OR "BLAYLOCK" OR "BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE" OR "BRASS Index" or "blaylock*") AND ("rehab*" or "post acute*" or "sub-acute" or "Continuity of Patient Care"[Mesh] or "Long-Term Care"[Mesh] or "Aftercare"[Mesh])
Cinahl	("BRASS" OR "BLAYLOCK" OR "BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE" OR "BRASS Index" or "blaylock*") AND ("rehab*" or "post acute*" or "sub-acute" or "Care continuity" or "Long-Term Care" or "Aftercare")
Scopus	("BRASS" OR "BLAYLOCK" OR "BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE" OR "BRASS Index" or "blaylock*") AND ("rehab*" or "post acute*" or "sub-acute" or "Care continuity" or "Long-Term Care" or "Aftercare")

RISULTATI

Sono stati reperiti 152 articoli. Per riassumere il processo di selezione è stato utilizzato il PRISMA Flow Diagram (figura.1).

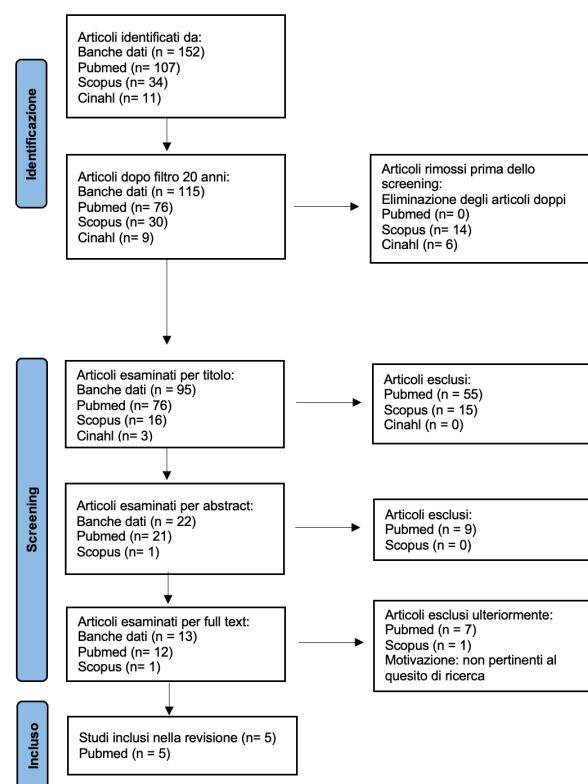


Figura 1. PRISMA Flow Diagram

Sono stati analizzati cinque articoli, realizzati in un periodo compreso tra il 2012 e il 2020. Tutti gli articoli sono stati svolti in città italiane tra cui Brescia, Torino, Venezia, Milano [8-10] assessed by the nurse using the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS, Vercelli [11] e Pavia [12]. Si rimanda alla Tabella 2 che sintetizza gli studi in esame. Dall'analisi dei cinque articoli presi in esame è emerso che il punteggio della scala di BRASS [8], rappresenta un predittore affidabile per la durata della degenza media ospedaliera, la destinazione alla dimissione e la mortalità anche nelle unità ospedaliere che trattano diverse problematiche cliniche sugli anziani. Per questo motivo, oltre alla sua facilità di somministrazione, l'indice di BRASS dovrebbe essere preso in considerazione nella valutazione al momento del ricovero degli assistiti geriatrici.

Difatti, dallo studio si evince che l'aumento di un punto nel punteggio di BRASS è stato associato a un aumento di circa 1 giorno nella durata media della degenza (LOS) ($p = 0,04$), e le persone ammesse per riabilitazione motoria o monitoraggio dei disturbi del movimento hanno avuto una durata media della degenza di 22 giorni in meno rispetto agli assistiti ricoverati per l'impostazione di un trattamento farmacologico ($p = 0,01$) [8]. Anche la desti-

nazione alla dimissione a domicilio ($16,4 \pm 6,6$, $p < 0,01$) o in una struttura ($20,9 \pm 6,2$, $p < 0,01$) e la mortalità dopo la dimissione ($21,0 \pm 5,9$, $p = 0,01$) sono risultate positivamente correlate con il punteggio della scala di BRASS che indicava la classe di rischio di dimissione corrispondente alle condizioni cliniche del soggetto [8].

Questi risultati sono stati ottenuti utilizzando un modulo di raccolta dati che rilevava informazioni sociodemografiche, cliniche e relative al trattamento di ciascun assistito al momento del ricovero, durante e alla dimissione [8]. La prima sezione del modulo veniva completata entro i primi tre giorni dal ricovero di ciascun assistito. La scheda prevedeva anche la valutazione dei seguenti strumenti: Mini Mental State Examination (MMSE), Indice di Barthel, la scala Tinetti, Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS), NeuroPsychiatric Inventory (NPI) e Geriatric Depression Scale Long Form (GDS) [8].

La seconda sezione denominata "Programma dei pazienti" veniva completata entro la prima settimana di ricovero. La compilazione della scala di BRASS era di competenza medica. A distanza di sei mesi dalla dimissione, sono state monitorate le condizioni cliniche di ciascun assistito mediante un'intervista telefonica standardizzata [8].

Tabella 2. Sintesi degli articoli inclusi nella revisione

Titolo e autore	Scopo	Tipo di studio	Popolazione e setting
Predicting the need for institutional care shortly after admission to rehabilitation: Rasch analysis and predictive validity of the BRASS Index. (Panella et al. 2012)	Valutare la validità predittiva dell'indice BRASS in un contesto riabilitativo utilizzando metodi classici della psicometria, il modello Rasch, e la possibilità dell'utilizzo di una BRASS modificata nell'identificare le persone assistite a rischio di dimissione difficile.	Studio prospettico osservazionale.	<ul style="list-style-type: none"> 104 persone con un'età media di 71,4 anni. Riabilitazione e neurologica e ortopedica.
A prospective, multidimensional follow-up study of a geriatric hospitalised population: predictors of discharge and well-being. (Dagani et al. 2013)	Ottenere una migliore comprensione dei predittori per quattro principali variabili di esito: la durata del ricovero, la destinazione alla dimissione, la mortalità e la riospedalizzazione.	Studio prospettico osservazionale.	<ul style="list-style-type: none"> 329 anziani di età > 64 anni. Neurologia, Riabilitazione Neurologica, Riabilitazione Alzheimer, Reumatologia, Riabilitazione Motoria.
A comorbidity prognostic effect on post-hospitalization outcome in a geriatric rehabilitation setting: the pivotal role of functionality, assessed by mediation model, and association with the BRASS index. (Guido et al. 2015)	Valutare in un contesto di riabilitazione geriatrica l'adeguatezza dell'indice di BRASS nell'identificare le persone al momento del ricovero che erano a rischio di dimissione difficile.	Studio prospettico longitudinale.	<ul style="list-style-type: none"> 193 anziani maschi e femmine di età ≥ 65 anni Medicina, riabilitazione neurologica, riabilitazione ortopedica e riabilitazione fisiatrica.
Moderate efficiency of clinicians' predictions decreased for blurred clinical conditions and benefits from the use of BRASS index. A longitudinal study on geriatric patients' outcomes. (Signorini et al. 2016)	Esaminare l'accuratezza delle previsioni prognostiche cliniche ed elaborare modelli predittivi che combinino variabili cliniche e le prognosi mediche.	Studio prospettico longitudinale in un campione di persone geriatriche.	<ul style="list-style-type: none"> 329 anziani di età > 64 anni. Neurologia, Riabilitazione Neurologica, Riabilitazione Alzheimer, Reumatologia, Riabilitazione Motoria.
Patients recovering from COVID-19 pneumonia in sub-acute care exhibit severe frailty: Role of the nurse assessment. (Mandora et al. 2021)	Rivalutare, in un sottogruppo di persone indirizzate all'ambito riabilitativo, l'indice di BRASS.	Studio trasversale descrittivo.	<ul style="list-style-type: none"> 236 persone con infezione da COVID-19 e polmonite con età media 77 anni. Reparto di sub-acute.

Lo studio di Signorini et al. [9] ha ripreso "la scheda pazienti" di Dagani et al. [8] e ha valutato ogni persona ricoverata nell'unità di riabilitazione geriatrica mediante: il Barthel Index per valutare le prestazioni degli assistiti nelle attività quotidiane; il Charlson Index per misurare le comorbidità cliniche; la Scala di Tinetti per il funzionamento motorio delle persone assistite; il MMSE per lo screening dei deficit cognitivi; la scala di BRASS per valutare i rischi di prolungato ricovero ospedaliero e i problemi post-dimissione; e l' NPI per classificare l'assenza/presenza di sintomi psicopatologici e disturbi comportamentali. Signorini et al. [9] hanno effettuato, una settimana dopo il ricovero del paziente, una previsione o prognosi di 3 outcomes clinici: Funzionamento motorio complessivo alla dimissione ('basso funzionamento' vs. 'funzionamento medio-alto'); durata del ricovero (meno di 30 giorni vs. più di 30 giorni); e destinazione di dimissione (domicilio vs. strutture residenziali o case di cura). Dai risultati ottenuti si evince come i medici siano in grado di fare buone previsioni solo quando le persone assistite hanno un funzionamento molto alto oppure molto basso al momento del ricovero e quando necessitano di un ricovero ospedaliero molto breve o molto lungo [9]. Ciò potrebbe suggerire che l'accuratezza prognostica dei clinici peggiora quando le condizioni cliniche delle persone assistite non sono del tutto chiare. Allo stesso tempo, potrebbe indicare che le capacità prognostiche dei clinici sono essenziali per orientare il trattamento [9].

I modelli predittivi hanno riscontrato che il punteggio di screening della valutazione del rischio di Blaylock insieme al giudizio dei medici è rilevante per migliorare le previsioni per tutti gli esiti [9].

In riferimento all'uso della scala di BRASS in ambito extraospedaliero, sono emersi dati importanti nello studio svolto da Mandora et al. [10], il quale ha somministrato la scala di BRASS e classificato gli assistiti in tre livelli di rischio di fragilità, ha analizzato le differenze e associazioni tra i punteggi dell'indice di BRASS e i parametri clinici di una coorte di persone affette da COVID-19 ricoverati in un'unità di cure subacute.

L'età e l'indice di comorbilità, valutati dalla BRASS, erano correlati a disfunzioni sia fisiche che cognitive e comportavano compromissione nelle attività della vita quotidiana (ADL) come fare il bagno/cura della persona e trasferimenti, comportamento alterato, confusione, limitazione nella mobilità, deficit sensoriale, storia di precedenti ricoveri, problemi medici e necessità di assumere più di cinque farmaci [10]. Gli indici di BRASS con valori ≥ 20 , hanno mostrato che il rischio maggiore di fragilità ($p<0,0001$) era associato all'età avanzata (≥ 65 anni; OR 10,72), multi-comorbilità (OR 4,02), deficit cognitivi (OR 8,83) [10]. Dei 236 assistiti presi in esame da Mandora et al. (2021), 110 presentavano criteri di ammissione per un

ricovero in un reparto di riabilitazione. In questo campione specifico, non è stato riscontrato alcun cambiamento significativo nell'indice BRASS ottenuto nell'unità subacuta e l'ingresso alla riabilitazione [18,0 (IQR 12,0–22,0) vs. 19,0 (IQR 11,0–25,0), $p=0,1345$] né è stata rilevata nessuna differenza nei tre livelli di rischio di fragilità [6,5 (IQR 4,8–8,3) vs. 7,0 (IQR 4,5–8,5) rischio basso, 16,0 (IQR 14,0–18,0) vs. 16,0 (IQR 14,0–19,0) rischio medio, 23,0 (IQR 22,0–25,0) vs. 25,0 (IQR 22,0–26,0) rischio alto [10].

Tuttavia, la distribuzione degli assistiti appartenenti alle tre classi di rischio di BRASS tra cura subacuta e ricovero in riabilitazione nel sottogruppo di persone indirizzate alla riabilitazione ($n=110$) è cambiata significativamente ($p<0,0001$), difatti la classe a rischio medio ($n=43$) era quella più instabile e mostrava il tasso di peggioramento più elevato rispetto alle altre due classi (44,2%) con un aumento di 19 persone in più rispetto all'unità di cure sub-acute, e il tasso di miglioramento nella classe ad alto rischio (24,4%) era maggiore del tasso di peggioramento osservato in quella classe con rischio basso (9,0%) [10].

Questi risultati mostrano che la fragilità è altamente prevalente nelle persone con infezione da COVID-19 in cure sub-acute; circa il 68% degli assistiti presentava un rischio medio o alto di fragilità che ha influenzato la loro ripresa clinica, poiché oltre il 50% delle persone assistite in queste classi di rischio ha richiesto l'ammissione a una struttura di riabilitazione dopo la dimissione dalle cure sub-acute [10]. Guido et al. [12] riportano come l'aumento del punteggio della scala di BRASS aggrava gli esiti post-ospedalizzazione ($p=0,019$) e il punteggio medio di $25,18 \pm 4,61$ sia correlato direttamente all'aumento del rischio di dimissione in casa di cura e di mortalità.

Secondo Pannella et al. [11] i risultati delle analisi svolte nel suo studio hanno sottolineato che l'affidabilità dell'indice di BRASS in ambito riabilitativo era bassa (α di Cronbach = 0,595).

Un'analisi basata sul Rasch-Modified BRASS (RMB), ha proposto un set ridotto di 7 item dell'indice di BRASS: mobilità, deficit sensoriali, numeri di farmaci assunti, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, numero di problemi clinici attivi [11]. Un punteggio RMB di 12 è stato associato a un aumento del rischio di ricovero in casa di cura (RR = 2,1, IC 95% = 1,7-2,5), mentre un punteggio di 17 è stato associato a un rischio maggiore di degenza superiore a 28 giorni (RR = 7,6, IC 95% = 1,8-31,9) [11]. Nonostante il miglioramento del livello di affidabilità del RMB in ambito riabilitativo, questo rimane ancora basso per la misurazione nel singolo assistito. Tuttavia, Panella et al. [11] suggeriscono di utilizzare il RMB come predittore post-dimissione su una coorte di pazienti ricoverati.

Discussione

Dai 5 articoli esaminati si evince come la popolazione presa in esame siano anziani con età superiore ai 65 anni ricoverati in unità di cure acute o riabilitative di ospedali italiani, affette da patologie respiratorie (COVID-19, riacutizzazione da BPCO), patologie croniche (diabete, ipertensione), patologie neurologiche (Alzheimer e Parkison) e fratture ossee o affetti da sindrome da immobilizzazione. Si può dedurre che l'indice di BRASS sia uno strumento di valutazione multidimensionale poiché utilizza parametri sia clinico-funzionali che psicosociali; multi-assiale in quanto prende coinvolge l'assistito, il caregiver e i professionisti sanitari; e longitudinale perché i risultati possono essere misurati in più momenti durante il tempo [10]. Nonostante presenti una bassa specificità l'indice di BRASS, possiede una buona sensibilità [9]. Inoltre, la scala di BRASS è uno strumento di valutazione prognostico di facile utilizzo e applicazione anche in ambito extra ospedaliero [8,12]. Sarebbe opportuno che l'indice di BRASS venga utilizzato da personale medico e infermieristico per consentire di pianificare in modo adeguato la dimissione da un ambito acuto verso un altro setting e individuare eventuali necessità di cure riabilitative [10,12]. Lo studio di Pannella et al. [11] rispetto a quello condotto da Mandora et al. [10] assessed by the nurse using the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS, evidenzia che l'indice di BRASS, per via della sua multidimensionalità, è inaffidabile e propone delle modifiche specifiche. Tale strumento è stato denominato Rasch Modified BRASS (RMB), il quale consente una predizione valida nell'identificazione degli assistiti a rischio di dimissione difficile nell'ambito della riabilitazione verso il domicilio.

È raccomandato che il personale infermieristico rivaluti il rischio di dimissione, tramite la scala di BRASS, non solo all'ingresso ma in momenti specifici durante la degenza ospedaliera così da indirizzare le esigenze delle persone assistite in modo più preciso verso un programma di ricovero strutturato coniugando decisioni condivise tra personale sanitario, assistiti e famiglia [9,10]. Nello specifico per l'ambito riabilitativo, l'indice di BRASS andrebbe somministrato all'ingresso identificare il rischio di dimissioni difficili, in una fase intermedia per verificare se i problemi assistenziali che hanno portato al ricovero sono in fase di miglioramento e alla fine del percorso riabilitativo per poter ridefinire il percorso di rientro a domicilio [9,10]. Mandora et al. [10] sottolineano come, dopo la pandemia da COVID-19, molte persone sperimentavano un deficit nell'autogestione, nell'abilità funzionale e motoria. La maggior parte dei sopravvissuti al COVID-19 mostrava una significativa fragilità dopo la dimissione dall'ospedale e necessitava di continuità delle cure. Ciò ha reso necessario creare un programma di assistenza post-ospedaliero

e un piano di dimissione della popolazione anziana basati sulle esigenze identificate dall'indice di BRASS, che indirizza l'attenzione degli infermieri verso gli assistiti a più alto rischio di fragilità e indica la necessità di riabilitazione e reintegro nella comunità [10,12].

Sono limiti l'assenza di revisioni, di qualunque natura, riguardante l'utilizzo della scala di BRASS in ambito riabilitativo, nonostante si sia ampliata la ricerca delle suddette sulle banche dati Cochrane e Google Scholar. Inoltre, i vari studi analizzati sono stati sviluppati solo sul territorio italiano e hanno preso in esame solamente persone con un'età pari o superiore ai 65 anni, riducendo così l'applicabilità della scala di BRASS su altre tipologie di assistiti ricoverati in riabilitazione con caratteristiche sociodemografiche diverse.

CONCLUSIONI

Si può affermare che l'utilizzo della scala di BRASS in ambito riabilitativo è un valido strumento predittivo del rischio di dimissione difficile, che permette all'infermiere di avere una visione clinica completa dell'assistito e di pianificare un percorso riabilitativo personalizzato, stabilendo a priori modi e tempi di utilizzo. In riferimento a ciò, l'indice di BRASS, grazie alla sua facilità di somministrazione e alta sensibilità nell'individuazione di persone a rischio di dimissione difficile, è un indice affidabile per l'infermiere nel garantire un'adeguata continuità assistenziale. Dai risultati si evince l'importanza dell'utilizzo di scale di valutazione come l'indice di BRASS da parte degli infermieri al fine di individuare gli assistiti ad alto rischio per elaborare una pianificazione ottimale delle dimissioni. Il personale infermieristico dovrebbe considerare attentamente le informazioni cliniche utili raccolte al momento del ricovero e rivalutare costantemente l'evoluzione della condizione degli assistiti per poter migliorare l'accuratezza predittiva soprattutto quando il quadro clinico degli assistiti sia instabile. In conclusione, l'indice BRASS deve essere modificato per l'ambito riabilitativo, così da aumentare la validità interna della scala e rendere più affidabile l'individuazione del rischio di problemi post-dimissione nell'ambito della riabilitazione. Nonostante il miglioramento del livello di affidabilità con l'introduzione della Rasch-Modified BRASS (RMB), sono necessari ulteriori studi con focus sulla creazione di strumenti specifici o di modifica e validazione di quelli già presenti all'interno del contesto riabilitativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Saiani L, Palese A, Brugnoli A, Benaglio C. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. 2004;23(4):233–49.
2. Para O, Rapetti R, Di Bernardino S. La dimissione dall'ospedale: percorso di condivisione del team. *Ital J Med*. 2024;12(2):39–42.

3. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2020) [Internet]. [cittato 14 settembre 2024]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3277
4. Camussi E, Boccia T, Ciccone G, Coggiola D, Evangelista A, Scarmozzino A, et al. Analisi qualitativa esperienziale di revisione della scala BRASS. *Recenti Progressi in Medicina*. 2019;110(6):275–84.
5. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, curatore. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 27 gennaio 2016;1. Disponibile su: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
6. Majeed MU, Williams DT, Pollock R, Amir F, Liam M, Foong KS, et al. Delay in discharge and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):410.
7. Zarovska A, Evangelista A, Boccia T, Ciccone G, Coggiola D, Scarmozzino A, et al. Development and validation of a simplified BRASS index to screen hospital patients needing personalized discharge planning. *J GEN INTERN MED*. 2018;33(7):1084–91.
8. Dagani J, Boero ME, Geroldi C, Giobbio GM, Maggi P, Melegari AL, et al. A prospective, multidimensional fol-low-up study of a geriatric hospitalised population: predictors of discharge and well-being. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(6):691–701.
9. Signorini G, Dagani J, Bulgari V, Ferrari C, De Girolamo G. Moderate efficiency of clinicians' predictions decreased for blurred clinical conditions and benefits from the use of BRASS index. A longitudinal study on geriatric patients' outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;69:51–60.
10. Mandora E, Comini L, Olivares A, Fracassi M, Cadei MG, Paneroni M, et al. Patients recovering from COVID-19 pneumonia in sub-acute care exhibit severe frailty: Role of the nurse assessment. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30(7–8):952–60.
11. Panella L, La Porta F, Caselli S, Marchisio S, Tennant A. Predicting the need for institutional care shortly after admission to rehabilitation: Rasch analysis and predictive validity of the BRASS Index. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012;48(3):443–54.
12. Guido D, Perna S, Peroni G, Guerriero F, Rondanelli M. A comorbidity prognostic effect on post-hospitalization outcome in a geriatric rehabilitation setting: the pivotal role of functionality, assessed by mediation model, and association with the Brass index. *Aging Clin Exp Res*. 2015;27(6):849–56.

La progettazione della formazione per un approccio multiculturale nella presa in carico delle persone con disabilità

Designing training for a multicultural approach in the care of people with disabilities

Tacchini M.¹, Gorla R.², Crocco P.²

¹ Direttore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione Don Gnocchi; professore a contratto, Università degli Studi di Milano, Milano

² Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione Don Gnocchi; professore a contratto, l'Università degli Studi di Milano, Milano

Riassunto

Il crescente numero di persone migranti con disabilità rende essenziale adottare un approccio multiculturale nella presa in carico, ambito ancora poco esplorato ma cruciale per prevenire discriminazioni. In Italia, nei Centri Diurni Disabili (CDD) e nelle Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), la presenza di utenti stranieri modifica le routine assistenziali e stimola un ripensamento delle pratiche professionali. Per gli infermieri, in un contesto caratterizzato da forte immigrazione, sviluppare competenze culturali è fondamentale per garantire un'assistenza efficace e ridurre i rischi di fraintendimenti e bassa aderenza alle cure.

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura per valutare se interventi formativi specifici sulla multiculturalità migliorino la soddisfazione di utenti e caregiver e l'aderenza ai trattamenti. Il PIO è stato definito come: P (professionisti sanitari e sociosanitari di CDD e RSD), I (formazione sulla multiculturalità), O (maggior soddisfazione e aderenza). La ricerca bibliografica è stata svolta su MEDLINE, CINAHL, EMBASE e PSYCINFO con parole chiave e termini MeSH pertinenti.

Dall'analisi degli articoli sono emerse quattro aree tematiche: (1) competenze culturali degli operatori, (2) caratteristiche degli utenti, (3) ruolo della società multiculturale, (4) stimoli e ostacoli al cambiamento. Gli operatori devono ampliare le proprie competenze per rispondere a bisogni di salute influenzati da fattori culturali, religiosi e linguistici. Gli utenti migranti con disabilità affrontano sfide aggiuntive legate a stigma e credenze, che possono determinare esiti meno favorevoli. La crescente diversità rappresenta uno stimolo al cambiamento, ma persistono ostacoli come l'adozione di modelli assistenziali rigidamente occidentalizzati e la mancanza di definizioni condivise di competenza culturale.

Il progetto di implementazione si ispira agli otto passi di Kotter: creare urgenza, formare una coalizione, sviluppare e comunicare una visione, rimuovere ostacoli, generare successi a breve termine (es. miglioramento della comunicazione), consolidare i risultati e ancorare il cambiamento alla cultura organizzativa attraverso selezione,

formazione e feedback continui. Questo approccio mira a rendere sostenibile e integrata la formazione multiculturale nei servizi.

Abstract

The growing number of migrants with disabilities underscores the need for a multicultural approach to care, an area still underexplored and at risk of discrimination. In Italy, Day Disability Centers (CDD) and Residential Disability Facilities (RSD) are increasingly challenged by the presence of foreign users, which alters routines and demands professional adaptation. For nurses and healthcare staff, culturally competent care is essential to avoid misunderstandings and ensure effective assistance.

A narrative review was conducted to evaluate whether multicultural training improves user and caregiver satisfaction and adherence to care. The PIO framework was defined as: P (healthcare and social-healthcare professionals in CDD and RSD), I (specific training on multiculturalism), O (greater satisfaction among staff and users, and improved adherence). A bibliographic search using relevant keywords and MeSH terms was performed across MEDLINE, CINAHL, EMBASE, and PSYCINFO. The analysis revealed four main themes: (1) professionals' cultural competencies, (2) user characteristics, (3) societal factors, and (4) stimuli and barriers to change. Cultural competence emerged as crucial for understanding health needs and fostering adherence to care. Migrant users with disabilities face unique challenges—such as stigma and culturally rooted beliefs—that often lead to poorer health outcomes. Increasing cultural diversity stimulates innovation in care, yet obstacles persist, including reliance on Westernized models and the lack of shared definitions of cultural competence.

The proposed change project follows Kotter's eight-step model: creating urgency, building a coalition of trainers, developing and communicating a clear vision, removing systemic barriers, and generating short-term wins such as improved communication. These gains will be consolidated and embedded into organizational culture through staff recruitment, training, and continuous feedback mechanisms. Anchoring cultural competence in everyday

practice will ensure the effective and sustainable implementation of multicultural training in disability services.

Keywords: Cultural Diversity, Disability Care, Nursing Education, Multicultural Competence, Social Integration

Introduzione

Il crescente numero di persone provenienti da altri Paesi che necessitano di integrazione sociale e assistenza sanitaria a causa di disabilità congenite o acquisite, evidenzia l'importanza della relazione tra multiculturalità e disabilità (1). Se da un lato le questioni legate all'immigrazione e alla disabilità sono state al centro dell'attenzione e degli studi per diversi anni, dall'altro le interazioni tra questi due fenomeni non sono state adeguatamente evidenziate. Queste interazioni dovrebbero quindi essere esplorate considerando il rischio di discriminazione sinergica che le persone con disabilità provenienti da contesti migratori possono incontrare (2). È stato ritenuto utile predisporre un progetto di miglioramento che riguardasse la tematica della "progettazione della formazione per un approccio multiculturale nella presa in carico delle persone con disabilità". La struttura che riteniamo idonea per il progetto dovrebbe ospitare un Centro Diurno Disabili (CDD) e una Residenza Sanitaria per Disabili (RSD) che si prendono quotidianamente cura di numerose persone con disabilità afferenti da svariate realtà sociali e culturali. Il personale sanitario-sociosanitario-educativo che opera all'interno di questi contesti deve quindi farsi carico anche della componente culturale degli assistiti tenendo bene in considerazione la loro storia di immigrazione. La presenza di persone straniere che afferiscono a tali servizi spezza la routine dei servizi offerti e fa da starter per quei processi di cambiamento che impattano sia a livello individuale e professionale che a livello di salute pubblica (3). Va infatti ricordato che le famiglie migranti, provenienti da contesti culturali diversi, si trovano a gestire le sfide della transizione culturale, incluso il rapporto tra medicina occidentale e tradizionale nella cura dei figli con disabilità. Gli strumenti diagnostici e educativi spesso non riescono a cogliere le rappresentazioni culturali della disabilità, richiedendo una riflessione approfondita su come interagire con le famiglie dei disabili migranti (1).

La problematica, analizzata dal punto di vista più specifico della professione infermieristica, assume una ulteriore e maggiore rilevanza. L'Italia, infatti, è uno dei principali paesi europei per numero di immigrati e il confronto con pazienti portatori di aspettative assistenziali culturalmente diverse solleva importanti sfide già discusse nella letteratura infermieristica. L'assistenza infermieristica deve essere culturalmente competente, integrando le dimensioni biofisiologiche, psicologiche e socioculturali della persona. Ciò richiede agli infermieri di acquisire conoscenze approfondate sulle culture diverse e di adattarsi a richieste

inusuali o familiari. La mancanza di comprensione delle norme culturali, infatti, può portare a fraintendimenti e problemi nella relazione infermiere-assistito, inficiando il processo assistenziale. È quindi importante conoscere il contesto sociale e culturale della persona immigrata, conformemente ai principi etici dell'infermieristica (4).

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione narrativa della medesima tramite la formulazione della seguente domanda di ricerca: "La formazione inerente la multiculturalità offerta al personale afferente i servizi di presa in carico della disabilità, può migliorare la soddisfazione dell'utenza e dei caregiver e aumentare l'aderenza alle cure?".

È stato quindi elaborato il PIO:

Tabella 1. PICO

P	professionisti sanitari e sociosanitari afferenti ai servizi di CDD e RSD
I	Formazione specifica sulla multiculturalità
O	Maggiore soddisfazione di operatori ed utenti e maggiore aderenza alle cure

Sono state individuate le seguenti parole chiave: "disabilit*", "nurs*", "multiethnic", "immigration*", "special need*", "interprofessional*" e i termini MeSH: "Disabled Persons", "Nursing Care", "Cultural Diversity", "Immigration", "Interprofessional Relations" che sono state combinate tra loro utilizzando gli operatori booleani (AND/OR); sono state interrogate le banche dati MEDLINE; CINAHL, EMBASE e PSYCINFO.

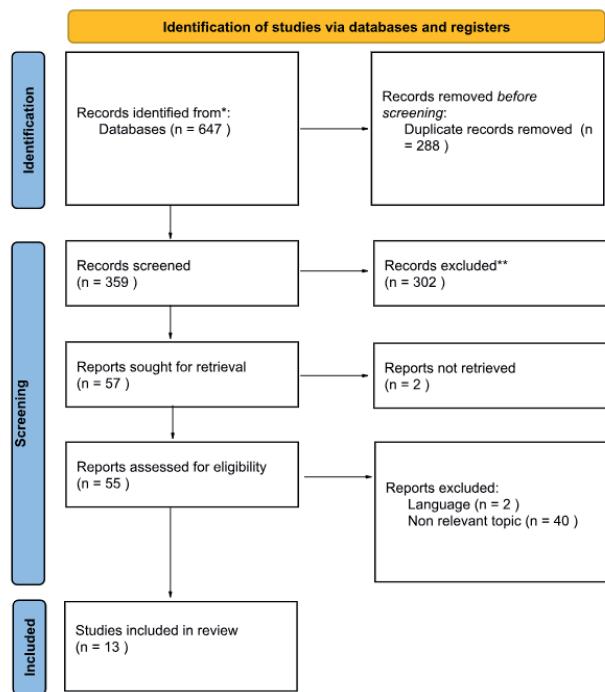


Figura 1. PRISMA

Risultati

L'analisi degli articoli inclusi ha permesso di identificare dei macro-argomenti:

- Competenze culturali dell'operatore sanitario
- Caratteristiche degli utenti
- Caratteristiche della Società
- Stimoli ed ostacoli al cambiamento

Competenze culturali dell'operatore e del professionista sanitario

All'interno dei servizi CDD e RSD operano infermieri, operatori socio-sanitari (OSS), Educatori professionali, Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. Agli operatori viene chiesto di ampliare i contenuti e le competenze multiculturale al fine di fornire la migliore assistenza possibile in contesti sempre più complessi tenendo in considerazione l'atteggiamento dell'individuo verso la malattia e la disabilità (5). È stato osservato che l'esperienza pluriennale come professionisti sanitari correli in modo significativo alla competenza clinica generale (6). I professionisti sanitari dovrebbero a loro volta adeguarsi ai cambiamenti nella struttura sociale e migliorare la loro competenza culturale per garantire che i servizi sanitari rispondano alle esigenze culturali dei pazienti (7). Infine, la competenza culturale nell'ambito dell'assistenza si dovrebbe focalizzare principalmente sulla capacità di confrontare e distinguere le credenze, i valori e gli stili di vita legati alla salute di individui provenienti da diverse culture, al fine di offrire loro cure appropriate e benefiche dal punto di vista culturale (6). La salute e la malattia si manifestano in modi diversi tra i vari gruppi etnici minoritari quindi, i professionisti sanitari devono avere conoscenze sui valori culturali e sugli stili di vita delle persone e delle loro famiglie al fine di soddisfare i loro bisogni di salute (8). Tramite il rispetto delle differenze culturali, i professionisti sanitari sono in grado di valutare, diagnosticare e pianificare trattamenti culturalmente informati e adeguati per i pazienti (9). Inoltre, i professionisti sanitari che acquisiscono una conoscenza approfondita delle culture e delle pratiche delle diverse popolazioni possono favorire un processo di aderenza alle cure di successo per gli assistiti (10). Inoltre, emerge che i professionisti sanitari necessitano di competenze culturali per contrastare i pregiudizi e migliorare la comunicazione, gli esiti sulla salute, tra cui l'aderenza alle cure da parte degli assistiti (14).

Caratteristiche degli utenti

A causa dei mutamenti demografici globali e dell'aumento del numero di individui con disabilità, sempre più persone provenienti da contesti diversi cercano servizi di presa in carico e riabilitazione (10). La risposta dei gruppi

culturalmente e linguisticamente diversi nei confronti di un membro con disabilità può essere varia (13), mentre le differenze culturali tra i paesi di origine dei migranti e quelli di immigrazione sono correlate a esiti sanitari meno favorevoli (14). Inoltre, le persone migranti con disabilità affrontano sfide uniche aggiuntive a quelle legate alle condizioni mediche generali, come lo stigma e le credenze culturali associate alla disabilità, oltre alle sfide legate al processo migratorio (11). Infine, per quanto riguarda i minori, è opportuno rimarcare quanto la presenza di una disabilità, sia congenita che acquisita a seguito di malattia o incidente, costituisca un significativo sconvolgimento nei progetti di vita dei genitori. Anche coloro i quali sembrano accettare pienamente la disabilità del proprio figlio rimangono vulnerabili, soprattutto se si trovano a confrontarsi con una cultura e una lingua diverse da quelle del loro paese d'origine (15).

Caratteristiche della Società

La nostra società è ormai quotidianamente coinvolta nelle problematiche dell'immigrazione e della presa in carico della disabilità. Dal punto di vista sanitario sia la popolazione immigrata che quella nazionale richiedono assistenza e cure e questo implica il dover comprendere la persona assistita con la sua storia, cultura e aspettative (4). Si prevede che entro il 2050 nelle società occidentali le minoranze etniche costituiranno la maggioranza numerica; le differenze culturali possano provocare incomprensioni, compromettendo l'alleanza terapeutica e mettendo a rischio i potenziali risultati favorevoli delle attività correlate all'assistenza (16). Fornire assistenza culturalmente appropriata significa tenere conto di fattori come credenze culturali, lingua, religione, contesto familiare e sociale (13) e che in una società multiculturale, esiste un legame diretto tra competenza culturale e migliori esiti sanitari, proprio a motivo dei fattori legati alla cultura che possono ostacolare la fornitura efficace di interventi sanitari e assistenza sanitaria (11).

Stimoli ed ostacoli al cambiamento

Lo stimolo principale parte dalla presa di coscienza dei numeri riferiti al fenomeno migratorio ed alla presenza sul suolo italiano di una molteplicità di popoli e di culture. Questa evoluzione della società genera una maggiore necessità di preparare i professionisti sanitari affinché possano fornire assistenza culturalmente appropriata a una popolazione sempre più diversificata (8). In quest'ottica se durante la prestazione dei servizi sanitari, i professionisti sanitari riuscissero a tenere conto delle differenze linguistiche, delle percezioni sulla salute, degli stili di vita e della diversità culturale tra gli assistiti, rispettando le credenze e i comportamenti culturali propri di ciascun individuo, si potrebbero migliorare la qualità delle cure

e la soddisfazione degli assistiti, ma anche ridurre le disuguaglianze esistenti nei servizi sanitari (6). È infatti ragionevole attendersi che una maggiore equità nei servizi e risultati riabilitativi e assistenziali più positivi per gli assistiti appartenenti a minoranze etniche e culturali siano favoriti quando i professionisti sanitari dimostrano una maggiore competenza multiculturale (12).

È comune l'errore di presumere che i trattamenti debbano essere universalmente occidentalizzati, mentre spesso i professionisti sanitari trascurano le credenze e le pratiche culturali che influenzano le opinioni dei loro assistiti sulla disabilità. Inoltre, la concezione della disabilità varia notevolmente da cultura a cultura, influenzando le politiche e le procedure adottate in ciascun contesto (10). Un ulteriore ostacolo risiede nel fatto che la concettualizzazione e l'attuazione della competenza culturale sono poco chiare tra i professionisti sanitari a causa di una mancanza di una definizione chiara. La competenza culturale va definita come un'integrazione complessa di conoscenze, attitudini e abilità che migliorano la comunicazione interculturale e le interazioni efficaci con gli altri. I professionisti sanitari spesso trovano difficile incorporare gli aspetti culturali nell'assistenza in quanto ciò che è considerato culturalmente appropriato per un gruppo di pazienti potrebbe non esserlo per un altro gruppo, anche se appartenente alla stessa cultura (9). Da ultimo: le sfide connesse agli incontri interculturali possono portare all'esitazione da parte dei professionisti sanitari nel coinvolgersi con individui e gruppi culturalmente e linguisticamente diversi (13).

Discussione e Conclusioni

Tutto quanto si ad ora descritto è fondamentale per identificare stimoli e ostacoli al cambiamento e stilare un progetto di cambiamento organizzativo basato sugli otto passi di Kotter (17).

Passo 1: stabilire il senso di urgenza sensibilizzando i professionisti sull'importanza della formazione multiculturale raccogliendo ed analizzando la soddisfazione di utenti e professioni, presentando ai professionisti dati sull'aumento della diaide disabilità-immigrazione e sull'efficacia della formazione multiculturale.

Passo 2: formare una coalizione creando un team interprofessionale di formatori dedicato all'area multiculturale attraverso l'individuazione di referenti per la formazione multiculturale, coinvolgendo professionisti desiderosi di cambiamento ed i responsabili dei servizi.

Passo 3: sviluppare una Vision e una Strategia coinvolgendo il team nella definizione e creando una roadmap dettagliata per la formazione per ogni fase del progetto (analisi, progettazione, implementazione e valutazione).

Fase di analisi: identificare le dinamiche culturali e coinvolgere gli stakeholder nella pianificazione.

Fase di progettazione: definire gli obiettivi e lo sviluppo di contenuti didattici e le modalità di erogazione.

Fase di implementazione: preparazione dei formatori con competenze culturali e calendarizzare sessioni di formazione.

Fase di valutazione: utilizzo di strumenti di valutazione per raccogliere feedback e misurare l'efficacia del programma, coinvolgendo anche gli stakeholder.

Fase di comunicazione della visione: l'obiettivo è diffondere la vision a tutti gli attori coinvolti utilizzando comunicazioni ufficiali da parte delle Direzioni e presentazioni ufficiali agli utenti e alle loro famiglie.

Passo 5: rimuovere gli ostacoli di sistema svolgendo gli incontri di formazione in orario di servizio

Passo 6: generare vittorie a breve termine creando legami tra professionisti ed utenti e stimolando l'interesse durante gli incontri formativi al personale

Passo 7: consolidare le vittorie e promuovere il cambiamento riconoscendo i valori emersi e garantendo la possibilità di formazione continua e applicazione pratica delle competenze acquisite.

Passo 8: ancorare il cambiamento alla cultura aziendale incorporando i principi della formazione multiculturale nei processi di assunzione e sviluppo del personale e rendere la cultura aziendale aperta ed adattabile.

L'applicazione del metodo Kotter contribuirà a garantire che la formazione multiculturale sia implementata in modo efficace e diventi parte integrante della pratica professionale nella presa in carico delle persone con disabilità.

Bibliografia

- 1) Pennazio, V., Armani, S., & Traverso, A. (2015). Le famiglie migranti di bambini disabili. Progettualità e interventi educativi. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 167– 182. <https://doi.org/10.13128/RIEF-16388>
- 2) Zanfrini, L., & Formichi, C. (2023). *Immigrazione e disabilità: Conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?* ISMU ETS
- 3) Geraci, S., & Gnolfo, F. (2012). *In Rete per la salute degli immigrati Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Pendragon
- 4) Manara, D. F., Isernia, I., & Buzzetti, S. (2013). [Intercultural nursing: Analysis of changes in the perception of relational problems with foreign patients]. *Professioni infermieristiche*, 66(3), 143–150. <https://doi.org/10.7429/pi.2013.663143>
- 5) Brown, E. V. D., Muñoz, J. P., & Powell, J. M. (2011). Multicultural Training in the United States: A Survey of Occupational Therapy Programs. *Occupational Therapy in Health Care*, 25(2/3), 178–193 <https://doi.org/10.3109/07380577.2011.560240>
- 6) Liu, T.-T., Chen, M.-Y., Chang, Y.-M., & Lin, M.-H. (2022). A Preliminary Study on the Cultural Competence of Nurse Practitioners and Its Affecting Factors. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare10040883>

- [org/10.3390/healthcare10040678](https://doi.org/10.3390/healthcare10040678)
- 7) McFarland, M. R., & Leininger, M. (2004). Infermieristica transculturale: Concetti, teorie, ricerca e pratica / Madeleine Leininger, Marilyn R. McFarland ; edizione italiana a cura di Giuseppina Ledonne, Marta Nucchi ; traduzione di Simona Longo. CEA.
- 8) Lundberg PC, Bäckström J, & Widén S. (2005). Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(3), 255–262. <https://doi.org/10.1177/1043659605274952>
- 9) Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), 590–603. <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
- 10) Boston, Q., Dunlap, P. N., Ethridge, G., Barnes, E., Dowden, A. R., & Euring, M. J. (2015). Cultural beliefs and disability: Implications for rehabilitation counsellors. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(4), 367–374. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9250-7>
- 11) Olaussen, S. J., & Renzaho, A. M. N. (2016). Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 22(2), 100–112. <https://doi.org/10.1071/PY14114>
- 12) Bellini J. (2003). Counselors' multicultural competencies and vocational rehabilitation outcomes in the context of counselor-client racial similarity and difference.
- Rehabilitation Counseling Bulletin, 46(3), 164–190. <https://doi.org/10.1177/00343552030460030501>
- 13) Omeri, A., & Malcolm, P. (2004). Cultural diversity: A challenge for community nurses. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 17(3), 183–191. <https://doi.org/10.5172/conu.17.3.183>
- 14) Olson, R., Bidewell, J., Dune, T., & Lessey, N. (2016). Developing cultural competence through self-reflection in interprofessional education: Findings from an Australian university. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 347–354. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1144583>
- 15) Pickl, G. (2011). Communication Intervention in Children with Severe Disabilities and Multilingual Backgrounds: Perceptions of Pedagogues and Parents. *AAC: Augmentative & Alternative Communication*, 27(4), 229–244. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.630021>
- 16) Day-Vines, N. L., Booker Ammah, B., Steen, S., & Arnold, K. M. (2018). Getting comfortable with discomfort: Preparing counselor trainees to broach racial, ethnic, and cultural factors with clients during counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(2), 89–104. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9308-9>
- 17) Kotter, J. P. (2012). Accelerate! *Harvard Business Review*, 90(11), 44–52, 54–58, 149

Missed nursing care e burnout professionale: una revisione della letteratura

Missed nursing care and professional burnout: a literature review

Sciandrone Gaetano Giuseppe, Infermiere, U.O. Pneumologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Iannelli Francesco, Infermiere, U.O. Pediatria, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Grugnetti Giuseppina, Direttore Direzione Professioni Sanitarie, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Fusco Maria Antonietta, Coordinatrice infermieristica, U.O. Pneumologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Abstract

Introduzione: Le Missed Nursing Care (MNC) rappresentano un problema sanitario globale con un'incidenza tra il 55% e il 98%. Le MNC compromettono qualità e sicurezza delle cure e sono associate a insoddisfazione lavorativa. Obiettivo: esaminare la relazione tra MNC e burnout.

Metodi: Revisione della letteratura su PubMed, Scopus e Web of Science usando "Nurs*", "missed nursing care", "Unfinished care" e "burnout"; risultati limitati agli ultimi 10 anni.

Risultati: Sono stati inclusi nella revisione 10 studi; sono emerse 4 aree tematiche: MNC, burnout, relazione tra MNC e burnout, variabili aggiuntive correlate.

Conclusioni: Esiste una relazione bidirezionale complessa tra MNC e burnout. Aumenti delle MNC riflettono carichi di lavoro elevati, risorse poco adeguate, mancanza di crescita professionale e tendenza a lasciare il lavoro.

Parole chiave: nurs*, missed nursing care, unfinished care, burnout

Abstract

Introduction: Missed Nursing Care (MNC) represents a global health problem with an incidence ranging from 55% to 98%. MNC compromise the quality and safety of care and are associated with job dissatisfaction. Objective: to examine the relationship between MNC and burnout.

Methods: Literature review of PubMed, Scopus, and Web of Science using "Nurs*", "missed nursing care", "unfinished care", and "burnout"; results limited to the last 10 years.

Results: 10 studies were included in the review; 4 main themes emerged: MNC, burnout, the relationship between MNC and burnout, and additional related variables.

Conclusions: A complex bidirectional relationship exists between MNC and burnout. The increase in MNC reflects high workloads, lack of resources, limited opportunities for professional growth, and intention to leave the job.

Keywords: nurs*, missed nursing care, unfinished care, burnout

Background

I continui tagli alle risorse nel settore sanitario mettono in discussione la sicurezza e la qualità delle cure. La carenza di personale infermieristico aumenta il carico di lavoro, impoverendo lo staff sia numericamente (rapporto infermiere: paziente) sia in termini di skill mix [1]. Questi fattori, insieme alla maggiore complessità assistenziale, favoriscono errori e cure infermieristiche non portate a termine, note come Missed Nursing Care. Il termine Missed Nursing Care (MNC), introdotto da Kalisch [2], identifica attività assistenziali necessarie che non vengono erogate o vengono erogate parzialmente. Le MNC sono indicatori della qualità delle cure e la loro prevalenza globale si stima tra il 55% e il 98% [3]. Eventi avversi (infezioni, cadute, degenza prolungata, mortalità) e insoddisfazione dei pazienti sono associati alle MNC, con impatti negativi anche sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri [4] e sul loro turnover [5]. Risorse inadeguate determinano una prioritizzazione delle attività (bassa: igiene orale, deambulazione, supporto emotivo; media: cura della cute; alta: monitoraggio vitale) [6]. La penuria di tempo/risorse può allontanare gli infermieri dall'approccio olistico e patient-centered, con rischi di disturbi psicofisici (ansia, stress, depressione) [5] impacting the delivery of health and nursing care services. Despite the growing number of missed care studies during the pandemic, a broader perspective is essential when designing theory-driven strategies to improve nursing care delivery. This review aimed to synthesize evidence of missed nursing care during the COVID-19 pandemic in acute care settings through a systematic review and narrative synthesis. An electronic search of articles published since the emergence of the pandemic was conducted using 5 databases (Scopus, PubMed, Web of Science, CINAHL, and PsycINFO). Negli ultimi anni è cresciuta anche l'attenzione verso il burnout, sindrome lavoro-correlata, legata al benessere del personale e alla qualità delle cure [7]. Dalla letteratura, inoltre, emerge uno stretto legame tra le MNC e il burnout.

Obiettivo

La presente revisione si propone l'obiettivo di esaminare la letteratura esistente sulla relazione tra MNC e burnout e identificare le principali variabili coinvolte, confrontare le evidenze disponibili, suggerire strategie preventive efficaci e promuovere un ambiente di lavoro sostenibile.

Materiale e metodi

Disegno dello studio

La revisione è stata condotta seguendo i criteri, la progettazione e i metodi delle revisioni della letteratura [8]. Il processo di revisione segue il diagramma di flusso PRISMA [9]: ciò garantisce una panoramica dettagliata degli articoli e permette un'analisi accurata di ogni singolo studio incluso. Questo approccio può essere sintetizzato in una successione di 3 fasi: Identificazione, screening, inclusione.

Strategia di ricerca

La ricerca è stata condotta da due ricercatori indipendenti che hanno partecipato ad un processo iterativo di screening della letteratura. I disaccordi tra i revisori sono stati affrontati e risolti, cercando di raggiungere un consenso. Nel periodo giugno-agosto 2025 è stata condotta una revisione della letteratura interrogando le banche dati PubMed, Scopus, Web of Science e utilizzando le parole chiave: "Nurs* AND Missed Nursing care OR Unfinished Care AND Burnout". Sono state analizzate le fonti bibliografiche degli articoli selezionati ed è stata eseguita una ricerca manuale degli articoli che non risultavano inclusi nella revisione poiché non pubblicati nell'arco temporale considerato.

Criteri di eleggibilità

I criteri di inclusione sono: 1) studi primari, 2) studi aventi come campione di riferimento infermieri coinvolti nella pratica clinica, 3) studi focalizzati a descrivere le cure infermieristiche mancate e le relazioni con il burnout, 4) studi in lingua inglese o italiana.

Sono stati esclusi tutti gli studi non rispondenti al quesito di ricerca, aventi popolazione diversa dagli infermieri, condotti in setting pediatrici, incentrati solo sulle MNC e che non consideravano la relazione con il burnout, studi secondari. È stata applicata una restrizione temporale

relativa agli ultimi 10 anni.

Data screening process

Dalla ricerca bibliografica condotta sono emersi 300 risultati. Dopo rimozione dei duplicati e lettura dei soli titoli ed abstract sono stati esclusi 279 articoli. Successivamente, sono stati acquisiti i testi completi degli articoli ritenuti idonei per lo studio. Dalla lettura dei full text sono stati inseriti nella revisione n. 10 articoli (Fig. I).

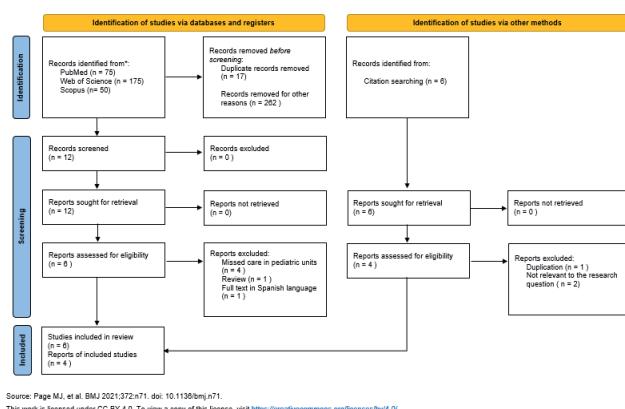


Fig. I -PRISMA Flow diagram

Valutazione degli studi inclusi

Gli studi sono stati valutati utilizzando i reporting guidelines dell'Equator Network (STROBE Checklist per gli studi osservazionali) per valutare se il disegno di studio dichiarato e quanto condotto fossero congruenti; se incongruenti, è stato riportato il disegno di studio effettivamente realizzato.

Risultati

Nella revisione sono stati inclusi 10 articoli. Nello specifico, gli studi sono stati condotti in Polonia, in Pennsylvania, in Belgio, in Iran, in Tailandia e in Egitto. La dimensione campionaria varia da 100 a 6655 infermieri, con età compresa tra 20 e 60 anni, prevalentemente di sesso femminile, con titolo di studio laurea triennale. I setting assistenziali indagati sono: terapia intensiva, emergenza, cure domiciliari, reparti materno-infantili, area cardiovascolare oncologia. In due studi non è identificata un'area specifica (Tab. I).

Tab. 1 -Risultati principali

Autore e anno	Paese	Campione	Setting	Materiali e Metodi	MNC rilevate	Cause delle MNC	Effetti sul personale
White et al, 2019	Pennsylvania	687	Cure domiciliari	- Cross sectional study secondary analysis - Scale di valutazione - MNC: 14 item - Burnout: EE subscale ¹	- Conforto/confronto con i pz2 - Adeguata sorveglianza - Formazione pz/caregiver - Pianificazione delle cure	- Mancanza di tempo - Mancanza di risorse	- Burnout - Insoddisfazione lavorativa
Jafari-Koulaee et al, 2024	Iran	249	Terapia intensiva	- Studio Analitico descrittivo - Scale di valutazione - MNC: Kalish's missed nursing care Questionnaire - Burnout: MBI3	Non specificate		- Burnout - Intenzione di lasciare il lavoro
Nantsupawat et al, 2023	Tailandia	394	Ospedali generali	- Cross sectional study - Scale di valutazione - MNC: MISSCARE survey - Burnout: EE subscale ¹	- Supporto emotivo a pz/caregivers - Somministrazione terapia entro 30 min dalla prescrizione - Igiene orale - Cambio posturale dei pz ogni 2h	Staff inadeguato	- Burnout

¹ EE subscale of MBI: Emotional Exhaustion subscale of Maslach Burnout Inventory² Pazienti³ Maslach Burnout Inventory: MBI

Clark et al, 2020	Pennsylvania	1538	Reparti materno infantili	<ul style="list-style-type: none"> - Cross sectional study secondario - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - MNC: 14 item - Burnout: EE subscale 	<ul style="list-style-type: none"> - Conforto/confronto con i pz - Assenza/ritardo nella pianificazione delle cure - Adeguata documentazione delle attività infermieristiche - Mancata partecipazione agli incontri multidisciplinari 	Scarsità di tempo	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout - Insoddisfazione lavorativa
Bruyneel et al, 2024	Belgio	2183	Terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> - Cross-sectional study - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - MNC: 15 item - Burnout: EE subscale 	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto emotivo a pz/famiglia - Mancata documentazione delle cure non erogate - Mancati incontri multidisciplinari - Frequenti cambiamenti posturali - Somministrazione farmaci in orario - Igiene orale - Adeguata sorveglianza pz 	<ul style="list-style-type: none"> - Staff e risorse non adeguate - Non adeguata comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout - Esaurimento emotivo - Depersonalizzazione - Ridotta realizzazione personale
Bruyneel et al, 2025	Belgio	6655	Terapia intensiva / reparti di cura	<ul style="list-style-type: none"> - Cross sectional study - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - MNC: 13 item - Burnout: BAT4 	<ul style="list-style-type: none"> - Conforto/confronto con i pz - Adeguato monitoraggio pz 	<ul style="list-style-type: none"> - Staff insufficiente - Elevato carico di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout - Intenzione di lasciare il lavoro

Piotrowska et al, 2022	Polonia	100	Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> - Cross sectional study - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - MNC: BERNCA-R - Burnout: MBI 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizzazione e riabilitazione - Somministrazione farmaci in orario - Informazioni aggiornate sulle condizioni del pz e pianificare l'assistenza - Identificazione bisogni nuovi pz - Educazione pz/caregiver alla dimissione 	<ul style="list-style-type: none"> - Staff infermieristico non adeguato 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout - Insoddisfazione lavorativa
Uchmanowicz et al, 2020	Polonia	547	Non specificato	<ul style="list-style-type: none"> - Cross sectional study - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - MNC: BERNCA-R - Burnout: MBI 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio dei pz - Somministrazione farmaci in orario - Supporto psicologico ai pz - Mobilizzazione e riabilitazione - Cambiare la biancheria sporca in un breve periodo - Monitoraggio dei pz - Mancato confronto con pz/caregiver - Igiene del cavo orale 	<ul style="list-style-type: none"> - Non dichiarate 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout - Esaurimento emotivo - Insoddisfazione lavorativa - Depersonalizzazione
Uchmanowicz et al, 2021	Polonia	219	Area cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none"> - Cross sectional study - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - MNC: BERNCA-R - Burnout: MBI 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizzazione e riabilitazione - Aggiornamento sulle condizioni del pz - Pianificazione delle cure all'inizio del turno - Identificazione dei bisogni del pz alla dimissione - Fornire supporto emotivo e psicologico al pz - Somministrare farmaci in orario 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente di lavoro - Relazioni interpersonali con il team 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout - Esaurimento emotivo - Insoddisfazione lavorativa - Depersonalizzazione
Ibrahim et al, 2021	Egitto	124	Emergenza	<ul style="list-style-type: none"> - Studio correlazione descrittivo - Scale di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - M N C : M i s s e d N u r s i n g Care scale - Burnout: MBI 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizzazione del pz - Igienizzazione del pz - Rispondere alle chiamate entro 5 min - Deambulazione del pz 3 v/die o a richiesta - Educare pz/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> - Farmaci non disponibili - Mancanza di supporto da parte dei membri del team - Attrezzature non disponibili - Passaggio di consegna inadeguato 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout

Risultati principali

I dati derivanti dall'analisi degli studi inclusi possono essere categorizzati in 4 aree tematiche: 1. MNC, 2. Burnout, 3. Relazione tra MNC e burnout, Variabili aggiuntive correlate.

1. MNC

Le cause principali delle MNC sono: mancanza di tempo e/o risorse [15,16,18], staff infermieristico non adeguato [10,14,16] resulting in incomplete or delayed nursing activities. Oncology nurses are exposed to a very high psychological burden, which can lead to the development of professional burnout syndrome (PBS, aumentato carico di lavoro [10,16] resulting in incomplete or delayed nursing activities. Oncology nurses are exposed to a very high psychological burden, which can lead to the development of professional burnout syndrome (PBS, necessità di svolgere più attività simultaneamente [16] 183 nurse responses were included (response rate of 47.8%, mancanza di supporto da parte dei membri del team e passaggio di consegna inadeguato (dal turno precedente o dall'unità di invio) [18].

2. Burnout.

Delle tre dimensioni del burnout, i punteggi più alti sono legati all'aspetto dell'esaurimento emotivo, seguono insoddisfazione lavorativa e depersonalizzazione [10,11,13,16,18]. Il burnout è più frequente in persone di sesso femminile, sposate, di età compresa tra 41-50 anni, con esperienza lavorativa compresa tra 0 e 5 anni.

3. Relazione tra MNC e burnout.

Emerge un'associazione positiva tra frequenza e incidenza delle MNC e burnout [11,12,14,15] e, viceversa, una correlazione positiva tra il burnout e le MNC [14,16].

4. Variabili aggiuntive correlate

- Insoddisfazione lavorativa: determina un aumento del numero di MNC di circa tre volte rispetto a chi si ritiene soddisfatto del proprio lavoro [7,11,12,15,18] ed è associata positivamente al burnout [12,18].
- Intenzione di lasciare il lavoro: associata positivamente al burnout, frequentemente riscontrata negli studi condotti nel post pandemia COVID e legata a variabili organizzative [7,13,16,18].
- Qualità delle cure: è influenzata negativamente dal Burnout, dall'insoddisfazione lavorativa e dalle MNC [7,14,16,18].

Discussione

La revisione della letteratura fa emergere una relazione significativa e ricorrente tra il burnout e le MNC. Diversi studi evidenziano che livelli elevati di burnout compro mettono la capacità del personale di svolgere le attività quotidiane, portando ad una razionalizzazione implicita o esplicita dell'assistenza e sono associati a una maggio-

re probabilità di MNC [7,14,15]. La presenza di burnout non solo aumenta la frequenza del MNC, ma ne amplifica anche l'impatto sulla qualità percepita delle cure, sulla sicurezza del paziente e sul benessere psicofisico del personale infermieristico [16]. In contesti critici, come le unità di terapia intensiva o i reparti oncologici, dove il carico assistenziale è maggiore, la correlazione tra burnout e MNC risulta ancora più marcata [10,17]. Inoltre, alcuni fattori (i.e. mancanza di risorse, scarsa leadership, inadeguata comunicazione nel team) sembrano fungere da mediatori tra l'ambiente lavorativo e la probabilità di MNC [11].

Alcuni autori sottolineano l'importanza del lavoro di squadra e della soddisfazione lavorativa come elementi protettivi [18,19]. Tuttavia, sebbene la maggior parte degli studi analizzi il burnout come precursore delle MNC, recenti studi suggeriscono l'esistenza di una relazione bidirezionale tra i due fenomeni [12,14] and we used the Basel Extent of Rationing of Nursing Care-R (BERNCA-R. Infatti, il continuo ripetersi di MNC può generare o aggravare sintomi di burnout. In particolare, durante la pandemia da COVID-19, il senso di impotenza sperimentato nel non riuscire a garantire cure adeguate, unito all'esaurimento psico-fisico, ha spinto un numero crescente di infermieri a valutare l'abbandono della professione, come evidenziato in due studi indipendenti condotti da Bruyneel et al. (2025) e da Jafari-Koulaee et al. (2024). Questo riflette una perdita di significato nel lavoro, associata a frustrazione etica e senso di inefficacia [10,12]. Il compenso economico, pur essendo considerato un fattore motivazionale, presenta nella letteratura un impatto parzialmente protettivo e spesso insufficiente: salari più alti non compensano il carico emotivo e fisico derivante da condizioni lavorative sfavorevoli [18].

Anche l'avanzamento di carriera gioca un ruolo ambivalente: da un lato può rappresentare una fonte di soddisfazione e prevenzione del burnout; dall'altro, quando le opportunità sono percepite come limitate o soggette a favoritismi, può alimentare sentimenti di demotivazione e maggiore esposizione a stress lavorativo [12]. Tale percezione può contribuire indirettamente all'aumento delle MNC e del burnout. Un'ulteriore variabile identificata è quella dei turni: turni prolungati sono associati a livelli più alti di burnout (circa 35-45% in più rispetto a turni brevi) e a una maggiore incidenza di MNC [7,17,18]. L'impatto dei turni lunghi si manifesta sia sul piano fisico (affaticamento, disturbi del sonno) sia su quello cognitivo (diminuzione della concentrazione, errori nelle cure), influenzando negativamente la qualità assistenziale. [20]. Tali risultati sottolineano la natura multifattoriale del rapporto tra burnout e MNC ed evidenziano le modalità con cui fattori organizzativi, economici e personali interagiscono tra loro.

Limiti dello studio

Sebbene la letteratura offra un corpus consistente di evidenze, permangono criticità metodologiche che ne minano la solidità. L'utilizzo di disegni cross sectional limita la possibilità di stabilire la relazione causa-effetto tra MNC e burnout, né permette di analizzarne la progressione nel tempo.

Gli strumenti di rilevazione del burnout e delle MNC sono molteplici e applicati in contesti culturali e sanitari diversi, ostacolando il confronto diretto tra studi. Inoltre, la prevalenza di questionari self-report può introdurre bias legati alla percezione soggettiva del fenomeno.

Spunti per ricerche future

Ricerche future dovrebbero essere orientate ad approfondire la relazione causale tra burnout, MNC e turnover; valutare l'efficacia di interventi mirati (i.e. supporto psicologico, miglioramento del clima organizzativo, adeguamento degli organici) nella prevenzione di burnout e MNC, misurando l'impatto sul tasso di turnover e sulla qualità delle cure erogate; promuovere approcci qualitativi per comprendere il vissuto del personale infermieristico legato alle MNC e al rischio di burnout, così come le motivazioni che portano alla decisione di abbandono della professione.

Conclusione

Le evidenze scientifiche analizzate mostrano come il burnout compromette non solo la salute psicofisica degli infermieri, ma abbia anche un impatto diretto sulla qualità e sulla completezza delle cure erogate ai pazienti. Inoltre, la ripetuta impossibilità di garantire un'assistenza adeguata rappresenta una significativa fonte di stress emotivo e frustrazione, contribuendo ad alimentare la sindrome da burnout. Il fenomeno delle MNC si configura come un indicatore sistematico delle criticità organizzative e lavorative, riflettendo condizioni quali: carichi assistenziali eccessivi, scarsità di risorse, turni prolungati, percezione di una retribuzione inadeguata, assenza di opportunità di crescita professionale e intenzione di abbandonare la professione. Pertanto, è di fondamentale importanza che le organizzazioni sanitarie sviluppino strategie mirate a prevenire e contrastare sia le MNC sia il burnout, ad esempio attraverso la promozione di ambienti di lavoro sostenibili, l'adozione di modelli organizzativi flessibili, l'attuazione di politiche retributive adeguate e la valorizzazione professionale del personale infermieristico.

Limiti dello studio

Sebbene la letteratura offra un corpus consistente di evidenze, permangono criticità metodologiche che ne minano la solidità. L'utilizzo di disegni cross sectional limita la possibilità di stabilire la relazione causa-effetto tra MNC e burnout, né permette di analizzarne la progressione nel

tempo.

Gli strumenti di rilevazione del burnout e delle MNC sono molteplici e applicati in contesti culturali e sanitari diversi, ostacolando il confronto diretto tra studi. Inoltre, la prevalenza di questionari self-report può introdurre bias legati alla percezione soggettiva del fenomeno.

Spunti per ricerche future

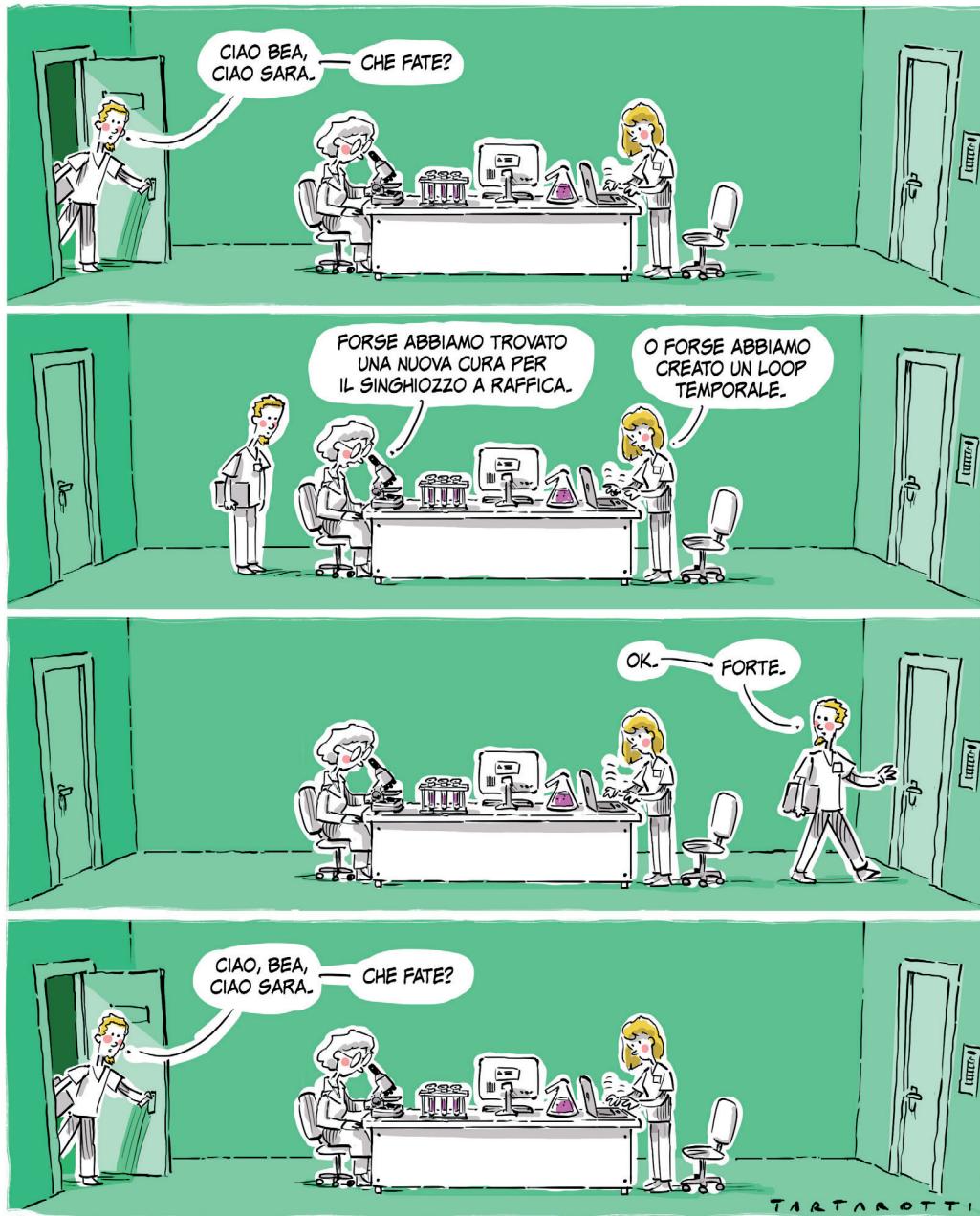
Ricerche future dovrebbero essere orientate ad approfondire la relazione causale tra burnout, MNC e turnover; valutare l'efficacia di interventi mirati (i.e. supporto psicologico, miglioramento del clima organizzativo, adeguamento degli organici) nella prevenzione di burnout e MNC, misurando l'impatto sul tasso di turnover e sulla qualità delle cure erogate; promuovere approcci qualitativi per comprendere il vissuto del personale infermieristico legato alle MNC e al rischio di burnout, così come le motivazioni che portano alla decisione di abbandono della professione.

Bibliografia

1. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Dasso N, Rossi S, Aleo G, et al. Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The RN4CAST@IT cross-sectional study. *J Nurs Manag.* novembre 2020;28(8):2136–45.
2. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(4):306–13; quiz 314–5.
3. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* giugno 2015;52(6):1121–37.
4. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarneri A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med.* settembre 2015;10(6):693–702.
5. Labrague LJ, T Kostovich C. A Global Overview of Missed Nursing Care During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *West J Nurs Res.* febbraio 2024;46(2):133–42.
6. VanFosson CA, Jones TL, Yoder LH. Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nurs Outlook.* 2016;64(2):124–36.
7. Clark RRS, Lake E. Burnout, job dissatisfaction and missed care among maternity nurses. *J Nurs Manag.* novembre 2020;28(8):2001–6.
8. Stratton SJ. Literature Reviews: Methods and Applications. *Prehospital Disaster Med.* agosto 2019;34(4):347–9.
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 29 marzo 2021;10(1):89.

10. Piotrowska A, Lisowska A, Twardak I, Włostowska K, Uchmanowicz I, Mess E. Determinants Affecting the Rationing of Nursing Care and Professional Burnout among Oncology Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 11 giugno 2022;19(12):7180.
11. Uchmanowicz I, Kubielas G, Serzysko B, Kołcz A, Gurowiec P, Kolarczyk E. Rationing of Nursing Care and Professional Burnout Among Nurses Working in Cardiovascular Settings. *Front Psychol.* 2021;12:726318.
12. Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudziak A, Lomper K, Wiśnicka A, et al. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care-A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* novembre 2020;28(8):2185–95.
13. Jafari-Koulaee A, Heidari T, Khorram M, Rezaei S, Nikbakht R, Jafari H. Missed Nursing Care and Relationship to Burnout and Leave the Profession. *Crit Care Nurs Q.* 1 settembre 2024;47(3):193–201.
14. Nantsupawat A, Wichaikhum OA, Abhicharttibutra K, Sadarangani T, Poghosyan L. The relationship between nurse burnout, missed nursing care, and care quality following COVID-19 pandemic. *J Clin Nurs.* agosto 2023;32(15–16):5076–83.
15. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* ottobre 2019;67(10):2065–71.
16. Bruyneel A, Bouckaert N, Pirson M, Sermeus W, Van den Heede K. Unfinished nursing care in intensive care units and the mediating role of the association between nurse working environment, and quality of care and nurses' wellbeing. *Intensive Crit Care Nurs.* aprile 2024;81:103596.
17. Bruyneel A, Dello S, Dauvergne JE, Kohnen D, Sermeus W. Prevalence and risk factors for burnout, missed nursing care, and intention-to-leave the job among intensive care unit and general ward nurses: A cross-sectional study across six European countries in the COVID-19 era. *Intensive Crit Care Nurs.* febbraio 2025;86:103885.
18. Ibrahim IA, El-wkeel NS. Exploring the relationships between job burnout, job satisfaction, and missed nursing care among staff nurses. *Tanta Sci Nurs J.* 2021;2(21):97–120.
19. Lake ET, Riman KA, Sloane DM. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *J Nurs Manag.* novembre 2020;28(8):2157–65.
20. Zeleníková R, Drach-Zahavy A, Gurková E, Papastavrou E, RANCARE Consortium COST. Understanding the concept of missed nursing care from a cross-cultural perspective. *J Adv Nurs.* novembre 2019;75(11):2995–3005.

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 poste 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

Io comincio a pensare che la redazione di questa rivista
lo faccia apposta.

A questo giro mi chiedono di parlare di ricerca.
Ma cosa volete che ne sappia un infermiere boomer
come me di ricerca ?

Io sono un umile Infermiere di strada e di centrale
operativa.

Mica faccio scienza.

Che poi a pensarci bene chi fa scienza ed e' studiato a
me sta pure un po' sul ...

Soprattutto in sanità.

Per colpa di questa gente non si fa in tempo ad imparare
algoritmi,procedure e dosaggi che arriva un nuovo
studio,una revisione,un qualcosa che mi obbliga ad
aggiornarmi,studiare ecc ecc.

Ho una certa età, sono uomo, ho due neuroni poco
perfusi e capite bene che diventa complicato studiare
alla mia età.

Che poi.

Tra altro.

Perché gli infermieri fanno ricerca ?

Non basta il titolo di dottore,l'università e i master ?

Pure la ricerca vogliamo fare.

Ma come si permettono ?

La professione infermieristica va avanti da secoli grazie
alla vocazione e con il "si e' sempre fatto così".

Abbiamo imparato così tanto dalle suore.

Il velo faceva tanto infermiera.

Siamo sempre stati "l'aiutante" del dottore e adesso ci
siamo montati la testa e vogliamo pure fare ricerca.

Incredibile.

E sapete cosa c'è di ancora più incredibile?

La ricerca "fatta" dagli infermieri e' di altissimo livello.

Quando ci crediamo, sappiamo tenere testa a chiunque.

Gli infermieri sono sempre stati quei professionisti bravi
a fare ma molto meno a documentare "il fare".

Almeno era così.

Una volta.

Oggi finalmente qualcosa sta cambiando.

Piccoli passi.

Qualche traguardo.

Qualche soddisfazione.

Il futuro potrebbe essere migliore per la nostra
professione.

Una consolazione per quei pochi che avranno ancora
voglia di diventare infermieri.

Worth of Reading



“Mentire con le statistiche”

Autore Darrell Huff (Prima edizione originale 1954)

Editore Monti & Ambrosini, 2007

Presentato ironicamente dall'autore come «una specie di breviario su come usare le statistiche per ingannare», il libro è in effetti un brillante corso di autodifesa contro distorsioni e manipolazioni dell'informazione attraverso l'uso di dati statistici, e appartiene a tutti gli effetti al genere della divulgazione scientifica. Pubblicato per la prima volta nel 1954, ha venduto nella sola edizione inglese più di mezzo milione di copie, diventando il testo sulla statistica più letto di tutti i tempi. Nel corso degli anni, molte edizioni si sono succedute, in inglese come in altre lingue. Nel 2003, la prima edizione cinese è stata pubblicata dal Department of Economics of Shanghai University. Nel 2005, in occasione del cinquantesimo anniversario della prima edizione, il prestigioso Institute of Mathematical Statistics ha dedicato al libro di Huff una sezione speciale della sua rivista.

L'edizione italiana riproduce le illustrazioni originali di Irving Geis, alla cui simpatica immediatezza si deve certamente parte del successo del libro.

Viene attribuita a Benjamin Disraeli la frase: There are three kinds of lies: lies, damned lies, and statistics («Ci sono tre specie di bugie: le bugie, le sfacciate bugie,

È considerato un classico intramontabile della divulgazione scientifica, che esplora in modo chiaro e ironico le insidie e le manipolazioni insite nell'uso dei dati statistici. Pur scritto per un pubblico generale, il libro offre una analisi approfondita dei meccanismi attraverso cui numeri, grafici e tabelle possono essere presentati in modo fuorviante, dimostrando come la statistica, strumento fondamentale della ricerca e della comunicazione scientifica, possa diventare facilmente veicolo di inganno se utilizzata in maniera superficiale o intenzionalmente distorta.

Huff illustra con esempi concreti e talvolta divertenti tecniche di manipolazione dei dati, tra cui:

- la scelta di campioni non rappresentativi, che produce risultati ingannevoli;
- l'uso improprio di medie e percentuali, che può alterare la percezione della realtà;
- la distorsione dei grafici, per enfatizzare o minimizzare certi fenomeni;
- l'interpretazione erronea delle correlazioni, facendo sembrare causalità ciò che invece non lo è.

Il libro è molto più di un semplice manuale: è un invito alla riflessione critica, un esercizio di pensiero che insegna a non accettare passivamente numeri e statistiche, ma a interrogarli, contestualizzarli e valutarne l'affidabilità. Questo messaggio lo rende attuale ancora oggi, a fronte della crescente quantità di dati che permeano la vita quotidiana, dai media alla politica, dalla pubblicità alla ricerca scientifica.

“Mentire con le statistiche” ha avuto un impatto duraturo sia tra il pubblico generale sia tra studenti e professionisti, grazie alla capacità di rendere accessibile una materia complessa e di stimolare la consapevolezza critica necessaria per interpretare correttamente l'informazione numerica. È dunque un testo fondamentale per chiunque voglia sviluppare pensiero critico, alfabetizzazione statistica e capacità di giudizio informato nel mondo contemporaneo.



“Filosofia della cura”

Autore Luigina Mortari

Editore Raffaello Cortina Editore, 2015

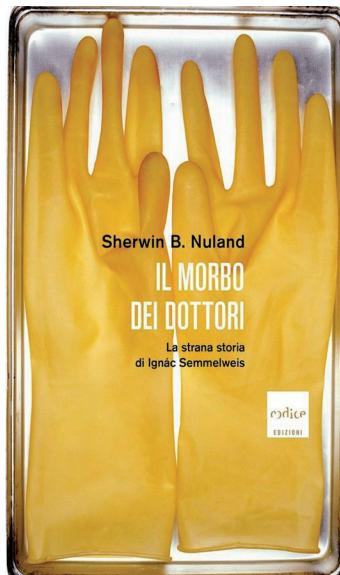
La cura rappresenta da sempre un nodo centrale nella riflessione etica, filosofica e professionale, poiché non si limita a essere un insieme di azioni tecniche, ma è una modalità fondamentale con cui l'essere umano si relaziona al mondo e agli altri. In questo ambito, il contributo di Luigina Mortari, filosofa e pedagogista italiana, si distingue per la sua capacità di unire profondità teorica e applicabilità pratica. Nel suo libro Filosofia della cura, Mortari esplora la cura come esperienza complessa e multidimensionale, intrecciando aspetti etici, relazionali, fenomenologici e ontologici.

Secondo Mortari, prendersi cura non è un semplice compito da eseguire, ma un atto esistenziale che permette di comprendere e valorizzare la centralità dell'altro, riconoscendone la dignità e promuovendone il benessere. La cura diventa così un orizzonte di significato, in cui la dimensione scientifica e quella umana non si oppongono, ma si integrano, generando pratiche più consapevoli, efficaci e rispettose della persona. Questo approccio ha implicazioni rilevanti non solo per la pratica clinica, ma anche per la ricerca: riflettere sulla cura significa interrogarsi sul senso e sull'utilità delle proprie azioni, sviluppare strumenti interpretativi più profondi e creare conoscenze capaci di migliorare la qualità dell'assistenza.

Esistono cose essenziali per la vita umana. La cura rientra nell'ordine delle cose essenziali, perché per dare forma al nostro essere possibile dobbiamo aver cura di noi, degli altri e del mondo. Il nostro modo di stare con gli altri nel mondo è intimamente connesso con la cura che abbiamo ricevuto e con le azioni di cura che mettiamo in atto. Siamo quello che facciamo e quello di cui abbiamo cura. È irrinunciabile aver cura della vita, per conservarla nel tempo, per farla fiorire e per riparare le ferite dell'esserci. Poiché la vita umana è fragile e vulnerabile, il lavoro di cura è intensamente problematico; il primo compito di una filosofia impegnata a cercare la misura di senso dell'esperienza consiste dunque nel prendere in esame il fenomeno della cura al fine di comprenderlo nelle sue qualità essenziali. Si tratta di comporre, secondo

il metodo fenomenologico, una teoria descrittiva della cura che possa costituire lo sfondo per disegnare una valida politica dell'esperienza.

Luigina Mortari insegna Epistemologia della ricerca qualitativa presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona e Fenomenologia della cura presso il dipartimento di Scienze umane della stessa università. Nelle nostre edizioni ha pubblicato A scuola di libertà (2008), Filosofia della cura (2015), La sapienza del cuore (2017), Aver cura di sé (2019), La politica della cura (2021), La sapienza politica (2024) e Emozioni e Virtù (2025).



“Il morbo dei dottori. La strana storia di Ignác Semmelweis”

Autore Sherwin B. Nuland

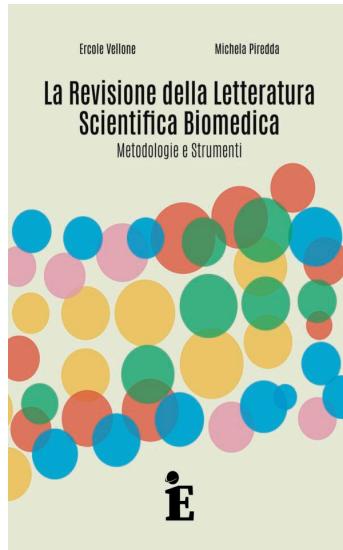
Traduttore Giuliana Picco

Editore Codice, 2020

“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.



“La Revisione della Letteratura Scientifica Biomedica: Metodologie e Strumenti”

Ercole Vellone, Michela Piredda

“La Revisione della Letteratura Scientifica Biomedica: Metodologie e Strumenti” è un’opera completa e rigorosa che accompagna il lettore lungo tutte le fasi del processo di revisione della letteratura, dalla ricerca delle fonti alla loro analisi critica e sintesi finale. Scritto dal Professor Ercole Vellone e dalla Professoressa Michela Piredda, il volume rappresenta un punto di riferimento per comprendere e applicare con metodo e precisione le principali tecniche della ricerca scientifica.

Frutto di un lavoro corale, che coinvolge numerosi esperti provenienti dal mondo accademico e clinico, il testo propone un percorso strutturato e chiaro per sviluppare competenze avanzate nella gestione e nell’utilizzo delle evidenze. Ogni capitolo traduce la complessità del metodo scientifico in strumenti operativi, con esempi pratici, illustrazioni e schemi che facilitano l’apprendimento e l’applicazione immediata nella pratica professionale e nella ricerca.

Il volume è un manuale di metodo completo e trasversale, che affronta in modo approfondito tutte le principali tipologie di revisione della letteratura: revisione narrativa, scoping review, revisione sistematica, metanalisi, meta-aggregazione e revisione integrativa. Ampio spazio è dedicato anche alla progettazione delle strategie di ricerca, all’uso avanzato di banche dati come PubMed, Scopus, Web of Science e CINAHL, e all’applicazione degli operatori booleani, dei thesauri controllati e dei criteri di selezione delle fonti.

Un’attenzione particolare è riservata alle nuove frontiere della ricerca scientifica, con capitoli dedicati all’impiego dell’Intelligenza Artificiale, dei Large Language Models e delle tecnologie digitali nella ricerca bibliografica, offrendo una prospettiva innovativa su come integrare le potenzialità tecnologiche con il pensiero critico e la valutazione metodologica.

Con un linguaggio chiaro e una struttura didattica progressiva, il testo fornisce non solo nozioni, ma un vero e proprio metodo di lavoro per costruire revisioni della letteratura solide, trasparenti e riproducibili. È una guida moderna per chi desidera orientarsi nel vasto panorama della produzione scientifica e tradurre le evidenze in conoscenza utile, affidabile e applicabile.

“La Revisione della Letteratura Scientifica Biomedica: Metodologie e Strumenti” si configura, in definitiva, come un manuale autorevole e attuale, capace di coniugare rigore scientifico, chiarezza didattica e visione interdisciplinare. Un testo destinato a diventare una risorsa indispensabile per chi intende comprendere, fare e insegnare ricerca con competenza e consapevolezza.

Dedicata a tutti voi, infermiere e infermieri del territorio pavese, e oltre: ogni giorno dimostrate cosa significhi esserci, con competenza, dedizione e senso della professione. Questa canzone è per voi.

Eroi

Brano di Fiorella Mannoia • 2025

A chi ha un sogno tra i denti e il cuore in gola
A chi grida alla luna, ma ama ancora
A chi si è sentito maestro, un allievo
E poi, in un attimo, perduto e straniero
A tutti quelli sconfitti dal tempo
Ma sempre ostinati in un sentimento
A chi crede ancora e fa del suo meglio
Con una speranza anche in mare aperto
Chi affronta da solo la propria battaglia
Con una spada di latta ed un elmo di carta
E si alza ogni giorno sapendo che il mondo
Forse è troppo difficile, ma gli corre incontro
Tu chiamali come vuoi
Io li chiamo soltanto eroi
Eroi di tutti i giorni
Che a pensarli mi innamoro
Di ogni donna ed ogni uomo
Che, ogni volta che li incontro
Se li canto, mi commuovo
Eroi a modo loro
Tu chiamali come vuoi
Io li chiamo soltanto eroi
Eroi che non ricordi
Senza medaglie e senza trono
Che non si arrendono davanti a niente

E sono eroi a modo loro
Per chi andarsene vuol dire non tornare
Per chi apre la sua casa a chi vuole entrare
Per chi trova un diamante in un pezzo di vetro
Una strada nel cielo
A chi resiste anche nei giorni più duri
Dice cose straordinarie con parole comuni
Per i sogni di tutti, e non solo di alcuni
E vede orizzonti anche ad occhi chiusi
Tu chiamali come vuoi
Io li chiamo soltanto eroi
Eroi di tutti i giorni
Che a pensarli mi innamoro
Di ogni donna ed ogni uomo
Che, ogni volta che li incontro
Se li canto, mi commuovo
Eroi a modo loro
Tu chiamali come vuoi
Io li chiamo soltanto eroi
Eroi che non ricordi
Senza medaglie e senza trono
Che non si arrendono davanti a niente
E sono, sì, eroi a modo loro
Eroi a modo loro

Fonte: [LyricFind](#)

Compositori: Carlo Di Francesco / Cheope / Federica Abbate / Fiorella Mannoia

NORME EDITORIALI PER I FUTURI AUTORI

La rivista "Nursing Foresight" (NF) è il nuovo organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia. NF raccoglie l'eredità di "Infermiere a Pavia", custodendone il bagaglio culturale e professionale che ha accompagnato la comunità infermieristica pavese dal 1989 ad oggi.

NF si pone nel panorama locale e nazionale con l'obiettivo di diventare un riferimento della comunità professionale, pubblicando i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione e che trattano argomenti di interesse per l'infermieristica nelle diverse componenti professionali, disciplinari, metodologiche o formative.

Informazioni e contatti

Per sottoporre un articolo o per informazioni è sufficiente inviare una e-mail corredata di allegato a:

nursing.foresight@gmail.com

I contributi che potranno essere presi in considerazione per la pubblicazione sono classificabili in:

- **Editoriali:** generalmente su invito del Direttore Editoriale.
- **Interviste:** realizzare con la regia del Comitato di Redazione
- **Attualità o esperienze professionali:** tali contributi possono arrivare spontaneamente in redazione o possono essere richiesti dal Direttore Editoriale. Trattano in modo generale tematiche che si caratterizzano come notizie di attualità recente nel panorama locale, nazionale o internazionale.
- **Speciali** (come ad esempio la sezione focus di approfondimento, oppure le esperienze/casi clinici, o ancora la sezione storia della professione): questi contributi hanno l'obiettivo di condividere con i lettori di NF tematiche di particolare interesse per il mondo dell'infermieristica locale, nazionale o internazionale.
- **Pubblicazioni:** in questa sezione i contributi vengono sottoposti ad un completo ciclo di revisione fra pari, "peer-review". Sono accettati contributi che presentano le caratteristiche metodologiche di una pubblicazione scientifica.
- **Worth of reading:** vengono accettate recensioni su testi, saggi, narrativa o articoli.

Note metodologiche per la scrittura dei contributi da inviare alla redazione per la pubblicazione:

- I contributi devono sempre contenere il titolo in italiano, l'elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail e telefonico dell'autore corrispondente (chi invia il contributo);
- Bibliografia e citazioni in stile Vancouver: Per ottenere un corretto stile bibliografico rimandiamo alla descrizione approfondite dallo stile Vancouver nel paragrafo dedicato successivamente. A supporto, si suggerisce l'utilizzo di uno dei più comuni Reference Manager disponibili in rete, come Zotero o Mendeley.
- Si consiglia di inviare file in formato .doc o .docx e di utilizzare il font Times New Roman, carattere 12, interlinea 1,5.
- La componente grafica è essenziale nelle pubblicazioni ma tutte le figure che perverranno dovranno essere originali, scattate o prodotte dagli autori.
- I contributi per le sezioni "Attualità o esperienze professionali", "Speciali" e "Worth of reading" non devono superare le 2500 parole (esclusa bibliografia se necessaria) e non necessitano di abstract.

Note metodologiche per la scrittura dei contributi relativamente alla sezione "Pubblicazioni"

- I contributi per la sezione pubblicazioni non devono superare le 5000 parole. Questa tipologia di contributo necessita di una metodologia scientifica rigorosa durante la conduzione del progetto di ricerca, e di una struttura di presentazione dell'articolo ben definita e secondo l'ordine di seguito descritto:
 - Titolo in italiano
 - Titolo in inglese

- Elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail dell'autore corrispondente (chi invia il contributo)
- Abstract in italiano, costituito dalle seguenti sezioni: Introduzione, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni. Parole chiave. (non mettere bibliografia nell'abstract)
- Abstract in inglese: Introduction, Methods, Results, Conclusions. Key words. (non mettere bibliografia nell'abstract)
- Introduzione e obiettivi dello studio (in paragrafo dedicato)
- Materiali e metodi (in paragrafo dedicato)
- Risultati (in paragrafo dedicato)
- Discussione (in paragrafo dedicato), in cui prevedere un sottoparagrafo dedicato a *"limiti dello studio"*
- Conclusioni (in paragrafo dedicato)
- Bibliografia (in stile Vancouver) (riferirsi al paragrafo dedicato)
- Negli studi empirici è vivamente consigliato l'inserimento di tabelle o figure, che devono essere numerate in ordine crescente di presentazione nel testo, devono avere un titolo in cui ne viene descritto il contenuto, devono avere un riamento nel testo
- **Casi clinici** di particolare interesse dovranno essere descritti e commentati in un massimo di 2500 parole, esclusa la bibliografia. Tra i casi pervenuti saranno privilegiati quelli che descriveranno approcci innovativi – in termini di efficacia dell'intervento o di contenimento dei costi – relativamente a problemi assistenziali di frequente riscontro. Lo schema-tipo deve essere il seguente:
 - Titolo (in italiano ed in inglese)
 - Elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail e telefonico dell'autore corrispondente (chi invia il contributo)
 - Riassunto in italiano e abstract in inglese
 - Parole chiave in italiano ed inglese
 - Introduzione breve che definisca l'area di interesse del caso;
 - Descrizione del caso con:
 - o storia clinica;
 - o segni e sintomi;
 - o esami di laboratorio e strumentali;
 - o percorso assistenziale e di cura attuato;
 - o risultati;
 - Commento che ponga in evidenza gli elementi assistenziali di peculiarità del caso;
 - Bibliografia (in stile Vancouver) (riferirsi al paragrafo dedicato)

Peer review

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti a un processo di revisione critica per valutarne gli aspetti formali e di contenuto. Gli articoli possono essere accettati senza revisioni, accettati con revisioni di modesta entità (minori), accettati solo dopo revisione "maggiore" o respinti. NF presenta una modalità di peer-review cosiddetta "open" o "valutazione tra pari aperta". Sono due le caratteristiche che la distinguono dalla peer review classica: i valutatori non sono anonimi e i risultati della valutazione vengono resi pubblici. Il Comitato di Redazione si riserva, quindi, il diritto di chiedere revisioni agli autori, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi a NF e l'accettazione a seguito di peer review, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del materiale inviato sulla rivista NF, sulle pagine social e sul sito della rivista, oltre che consentire l'utilizzo da parte di OPI Pavia, anche per fini diversi rispetto alla pubblicazione sulla rivista (esempio finalità formative).

Cessione dei diritti

Si specifica che ogni autore che invierà un contributo è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Dovrà infatti pervenire come file di accompagnamento del manoscritto (una volta accettato per la pubblicazione) un documento in carta libera firmato da tutti gli autori che comunichi al Comitato Editoriale l'autorizzazione al trasferimento dei diritti di autore a Nursing Foresight. L'OPI Pavia potrà pertanto, direttamente o tramite terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, anno-

ture, codificare, modificare e adattare (includendo senza limitazioni il diritto di adattare per la trasmissione con qualsiasi modalità di comunicazione) in qualsiasi forma o con qualsiasi strumento, ogni immagine e ogni messaggio, anche audio e video, che dovesse essere inviato dall'autore, anche per il tramite di terzi. Il materiale inviato non verrà restituito e rimarrà di proprietà di OPI Pavia.

Conflitti di interesse

Particolare attenzione va riservata alla dichiarazione circa la possibile esistenza di conflitti di interesse di tipo economico. Questi ultimi, infatti, se esplicitati non costituiscono motivo di penalizzazione nella valutazione del lavoro. Al contrario, la verifica da parte della redazione o dei revisori dell'esistenza di interessi potenzialmente in conflitto (partecipazione a congressi o coinvolgimento in progetti di ricerca sponsorizzati) non dichiarati da uno o più autori può rappresentare una ragione di rifiuto della proposta di pubblicazione. Nel complesso, l'assenza di conflitti va indicata con la frase "Non sussistono conflitti di interesse di alcuna natura per ciascun autore", altrimenti vanno dichiarati i conflitti che possono essere diversificati per autore nel caso dei contributi che presentano diversi autori. La dichiarazione di assenza /presenza conflitto di interessi dovrà essere inoltrata alla redazione solo in caso di accettazione del contributo sottoposto a NF.

Plagio

Si sottolinea l'importanza di non trarre contenuti da fonti che non siano citate nella bibliografia. I revisori e l'editor sono dotati di software o di tecniche di controllo che riescono a fare emergere la quasi totalità dei tentativi di plagio già in fase di revisione editoriale dei contributi.

Authorship

Solo chi ha effettivamente contribuito alla preparazione del contenuto deve essere indicato come autore, così come da dichiarazione dell'associazione ICMJE <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Lo stile Vancouver da adottare per la redazione delle citazioni bibliografiche

Le citazioni bibliografiche descrivono i documenti a cui si fa riferimento e ne riportano le caratteristiche principali costituite da una serie di elementi che si succedono in ordine fisso e scritti in un determinato formato. Qualunque scelta venga attuata si sottolinea l'importanza di osservare tre regole di carattere generale ovverosia: l'omogeneità, la fedeltà ad unico stile di citazione e l'accuratezza. Il Vancouver style è stato messo a punto nel 1978 durante un incontro tra gli editori delle più importanti riviste in ambito biomedico. Questo stile di citazioni è usato da MEDLINE e PubMed; per approfondire consultare la guida online "Citing Medicine : the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers" 2. ed., disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Di seguito vengono riportate le principali caratteristiche del Vancouver style, che devono essere seguite per la stesura della bibliografia per i contributi da inviare alla rivista NF. Il Vancouver style è un sistema di riferimento bibliografico a numerazione progressiva: nel corpo del testo, il rimando alla bibliografia avviene per mezzo di numerazione progressiva posta ad esponente, così², oppure racchiusa tra parentesi quadre o tonda. Es.: [2], (2). Per i contributi inviati alla rivista NF è richiesta la parentesi tonda. (NB: la punteggiatura va dopo la parentesi tonda di chiusura). In bibliografia finale, la citazione verrà riportata per intero, sotto forma di elenco comprendente la sequenza delle citazioni così come si succedono all'interno del testo, che verranno precedute dal numero corrispondente.

Dopo queste considerazioni di carattere generale, vengono di seguito riportate le modalità specifiche dello stile citazionale nella compilazione della bibliografia finale:

- **Citare una monografia con un solo autore:** Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Devlin T. Biochimica con aspetti clinici. 5. ed. Napoli: EdiSES; 20. Ricordarsi di premettere la numera-

zione progressiva che viene utilizzata nel corpo del testo.

- **Citare una monografia con più autori:** Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Sadava D., Helfer H. C., Orians G. H., Purves W. K. Principi di biologia. 3. ed. it. condotta sulla 8. ed. americana. Bologna: Zanichelli; 2011
- **Citare una monografia senza autori:** In presenza di una monografia dove compaiono solo i curatori si utilizza la dizione eds. che significa editors. Es.: Lenzi A., Lombardi G., Martino E., Vigneri R., eds. Endocrinologia clinica. Torino: Minerva medica; 2011
- **Citare i capitoli contenuti in una monografia:** Cito prima l'autore/i del capitolo, il titolo del capitolo [niente uso di virgolette], il titolo dell'opera [niente corsivo] in cui è contenuto preceduto da In: Es.: Fischer G. Recent progress in 1,2-dithiole- 3-thione chemistry. In: Katritzky A. R., editor. Advances in heterocyclic chemistry. Amsterdam: Elsevier; 2013
- **Citare un articolo in periodico cartaceo:** Cognome, Nome. Titolo. Titolo della rivista Anno; Vol.(fasc.): pagine. Il titolo del periodico è da scrivere in tondo ed è necessario abbreviarlo secondo le regole della National Library of Medicine. Le abbreviazioni potete trovarle in questo sito: <http://www.ais.up.ac.za/health/lswiweb.pdf> Es.: Amblee A. Dulaglutide for the treatment of type 2 diabets. Drugs Today 2014; 50(4): 277- 289
- **Citare un articolo in periodico elettronico:** Si utilizza il medesimo stile che per gli articoli in cartaceo però viene aggiunta dopo il titolo del periodico la dicitura [Internet], la data di pubblicazione online, il numero di pagine a video, la data di consultazione e la URL. Es.: Day G.S., Laiq S., Tang-Wai D.F., Munoz D.G. Abnormal neurons in teratomas in NMDAR encephalitis. JAMA Neurol. [Internet]. 2014 [pubblicato il 28 aprile 2014; consultato: giugno 2014]; 71(6): [circa sei schermate]. Disponibile all'indirizzo: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1864090>
- **Citare le tesi di laurea:** Cognome iniziale del Nome. Titolo [tesi di laurea]. Luogo: Università, Anno. Es.: Fiore M. Valutazione della percentuale di H2O2 nel processo catodico di riduzione dell'O2 nelle celle a combustibile [tesi di laurea]. Siena: Università di Siena, 2014
- **Citare un capitolo di una monografia tratto da una risorsa in internet:** Papadopoulos H. Outpatient intravenous for oral surgery (Internet). In: Bagheri S. C., Bell R. B., Khan, H. A. contributing eds. Current therapy in oral and maxillofacial surgery. Amsterdam: Elsevier Saunders, 2012. (consultato: giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9781416025276>
- Citare una hompage: Pubchem.ncbi.nlm.nih.gov (Internet). Bethesda: National center for biotechnology information, U. S. National library of medicine; 2004-2014 (consultato il 30 giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>
- **Citare le farmacopee:** Nome ente autore. Titolo. Edizione. Volume [nel caso si consulta una famacopea in più volumi]. Luogo di edizione: Editore; Anno. Es.: United States pharmacopeial convention. The United States pharmacopeia. 37. ed. Vol. I. Rockville, The United States pharmacopeial convention; 2013
- **Citare i brevetti:** Per quello che riguarda i brevetti lo stile di citazione che consigliamo di adottare è quello della National library of medicine; visto che quelli adottati dalle riviste biomediche è per lo più carente. La citazione dovrà seguire quest'ordine: Cognome e iniziale del Nome, seguita dalla dizione inventore [nella lingua dell'inventore]; il Nome dell'ente, società legale, organizzazione o persone registrate come i titolari dell'invenzione [seguita dalla dizione richiedente, anche questa nella lingua originale]. Titolo. Paese del brevetto tipo del documento Codice del paese numero del brevetto. Data di pubblicazione [anno mese giorno]. Es.: Wisniewski S. J., Gemborys M., inventors; McNeil-Ppc, Inc., assignee. Method for percutaneous delivery of ibuprofen using hydroalcoholic gel. United States patent US 5093133A. 1992 March 3.