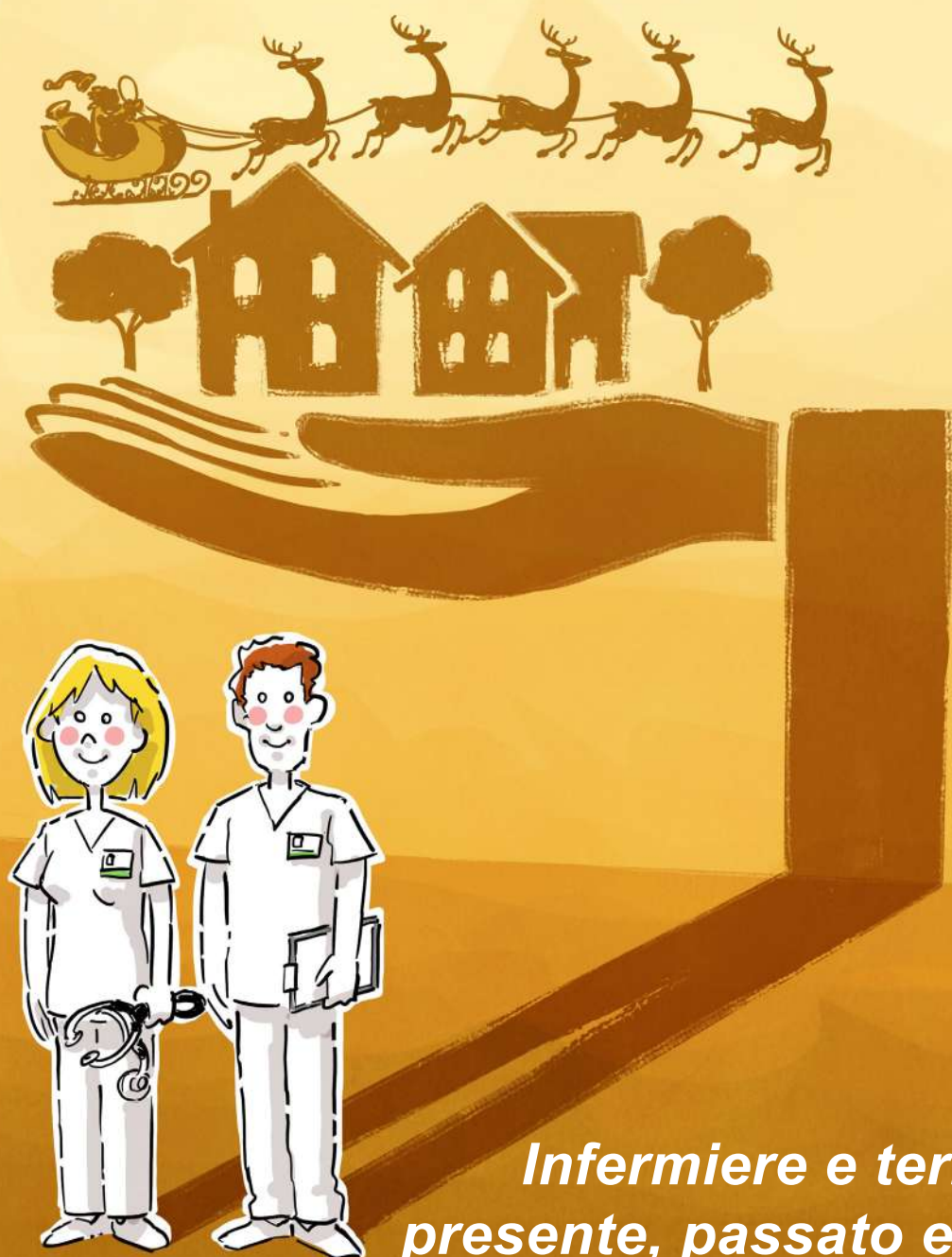




***Infermiere e territorio:
presente, passato e futuro***

***“Secondo me la missione delle
cure infermieristiche in
definitiva è quella di curare il
malato a casa sua (...)
intravedo la sparizione di tutti
gli ospedali e di tutti gli ospizi.
(...) ma a che cosa serve parlare
ora dell’anno 2000?”***

(Florence Nightingale, Pasqua 1889)

INDICE

Michele Borri - Editoriale	4
Le sfide attuali alla salute e alla cura sul territorio	
Riflessioni della Redazione di Nursing Foresight	5
Bando di assegnazione contributo economico per la partecipazione al Master di I Livello	
"Infermiere di famiglia e di comunità" (approvato con Delibera N. 375 del 17/09/2021)	7
ICN Congress 2021: la parola d'ordine è "influence" - La Redazione di Nursing Foresight	10
Alessandro Stievano - Le principali tappe storiche dello sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità in Italia	11
Aurelio Filippini - Infermiere di famiglia e comunità. Il tempo di relazione, tempo di cura	13
La redazione di Nursing Foresight - Verso un nuovo sistema di cure territoriali "long-term" e di bassa complessità	16
La redazione di Nursing Foresight - Benvenuti dottori in infermieristica e in scienze infermieristiche	19
Diletta Colombo, Luca Guardamagna, Giorgia Monti - Infermiere e territorio: presente, passato e futuro	
Lo sguardo del collega neolaureato	20
Lisa Korelic, Sara Russo, Ida Vangone - Infermiere e territorio: presente, passato e futuro	
Riflessione dei colleghi neo-laureati magistrali	22
Enrica Maiocchi - Il progetto "Infermiere scolastico"	24
Rosario Caruso - I bisogni delle persone con patologia oncologica, la prevenzione dei tumori, la promozione della salute e l'infermieristica di famiglia e comunità: riflessioni	26
Marisa Bonino - Assistenza Infermieristica Pediatrica e centralità della famiglia: la Società Italiana di Pediatria Infermieristica accanto al bambino/ragazzo e alla sua famiglia	28
Veronica Righetti - L'infermiere dei bambini nello studio del pediatra di famiglia	30
Nicola Salvatore Tessitore - Il coordinamento dell'attività assistenziale domiciliare	32
Monica Alini - Racconto di un libero professionista	34
Sabrina Preda - Le cure palliative: assistenza infermieristica al domicilio	36
Ruggero Rizzini - Camminando si fa il sentiero	38
Franco Mancin - L'entusiasmo quale elemento trasversale della professione infermieristica	
Dalla formazione ai luoghi di lavoro: ospedale e territorio	40
Luca Chiodo, Barbara Bascapè, Gianluca Conte - Il telenursing e le esperienze di cura a distanza: una revisione narrativa di studi qualitativi	43
Diletta Colombo, Maria Grazia Merlo, Simona Besostri - Vissuto dei familiari di bambini in cure palliative pediatriche domiciliari: una revisione qualitativa	50
Michael Plodari, Maria Grazia Merlo, Andrea Bellingeri - L'impiego della terapia foto dinamica con fotosensibilizzanti nella gestione delle ulcere da piede diabetico: una revisione	58
Le perle di Baldini infermiere	67
Infermieri e territorio: lo sguardo di Stefano Tartarotti	68
Worth of reading	69
Norme editoriali per i futuri autori	71

Editore:

Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI)
della Provincia di Pavia

REDAZIONE:

Direttore Responsabile: Dellafore Federica

Direttore Editoriale: Lorenzoni Monica

Segreteria di Redazione: Conte Gianluca,
Russo Sara, Vangone Ida

Comitato di Redazione: Baldini Paolo,
Borri Michele, D'Amico Salvatore, Korelic Lisa,
Maggione Susanna, Montagna Monica,
Tudori Elena Irina, Luca Guardamagna,
Giorgia Monti

Hanno collaborato a questo numero:

Monica Alini, Paolo Baldini, Barbara Bascapè,
Andrea Bellingeri, Simona Besostri, Marisa
Bonino, Rosario Caruso, Luca Chiodo, Diletta
Colombo, Gianluca Conte, Aurelio Filippini,
Luca Guardamagna, Lisa Korelic, Enrica
Maiocchi, Franco Mancin, Maria Grazia Merlo,
Giorgia Monti, Michael Plodari, Sabrina Preda,
Veronica Righetti, Ruggero Rizzini, Sara
Russo, Alessandro Stievano, Stefano Tartarotti,
Nicola Salvatore Tessitore, Ida Vangone

Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

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

EDITORIALE

Avrei dovuto, e voluto, dedicare questo Editoriale all'Infermiere di Famiglia e Comunità, a cui questo numero di Nursing Foresight è dedicato nella sua interezza, e del fondamentale ruolo che questo sviluppo dell'Infermieristica svolgerà nei prossimi anni, in questo processo di transizione dall'ospedale al territorio alla riscoperta e alla ri-valorizzazione delle Cure Primarie, per troppo tempo considerate elemento solo accessorio del Sistema Salute: purtroppo non sarà così.

Il D.L. 172/2021, il c.d Decreto Legge "Super Green Pass", ha trasferito la titolarità dell'atto di verifica dell'adempimento dell'obbligo vaccinale degli Iscritti, con tutto ciò che ne consegue in termini amministrativi, gestionali e di responsabilità giuridica, dalle ATS territorialmente competenti agli Ordini Professionali, ponendo nelle more della normale attività routinaria dell'Ente un processo di straordinaria complessità e di grande rilevanza giuridica, in particolar modo sotto l'aspetto della tutela della salute pubblica. L'effetto a cascata generato dal D.L., in termini di necessaria riorganizzazione dell'attività di tutti gli Ordini, incluso il nostro, riverbera i propri effetti su diversi piani sostanziali, che ho illustrato nella relazione programmatica presentata durante l'assemblea Annuale del 13/12/2021, e che cercherò di riassumere in breve in questa sede.

La prima considerazione è di natura prettamente organizzativa: per la gestione del processo di cui sopra, si rende necessario il ricorso all'assunzione di una terza unità di personale amministrativo, che verrà dedicata a tempo pieno alla attività di governo dei 4500 Iscritti nell'ambito degli obblighi correlati all'adempimento previsto dal Legislatore. L'assunzione, si realizzerà tramite il ricorso ad una Agenzia di somministrazione di lavoro interinale e che riguarderà tutto il 2022, si concretizzerà nei primi giorni di Gennaio, in linea con le necessità e con le tempistiche previste da questa tipologia di contratto di lavoro. Tale scelta, presa anche da molti altri Ordini italiani, è stata dettata anche dall'analisi retrospettiva di quanto accaduto nel secondo semestre del 2021, quando l'attività, così come contemplata dal precedente D.L. 44/2021 e di molto ridotta in termini di impegno rispetto a quanto contenuto nel nuovo Decreto Legge, ha assorbito un numero esorbitante di ore-lavoro del personale amministrativo attualmente in forza presso gli Uffici, provocando un rallentamento di quella che è l'attività ordinaria, i cui effetti risentiamo ancora oggi nell'amministrazione dell'Ente. Allo stesso modo la FNOPI, coinvolta da questo nuovo D.L. nel ruolo di supervisore di tutte le attività degli Ordini Provinciali, ha dovuto assumere decisioni simili, in un clima di incertezza organizzativa: la scelta di aumentare l'organico del personale amministrativo, sia del nostro Ordine che della FNOPI, è stata una scelta ponderata, finalizzata a tutelare gli Iscritti e la cittadinanza, ma che di certo non è priva di conseguenze.

Infatti, e qui entriamo nell'ambito della seconda considerazione di merito, la previsione dell'impegno di spesa necessario per far fronte all'esigenza di ampliamento dell'organico, ha comportato la revisione di un Bilancio di Previsione 2022 che il Consiglio Direttivo aveva già predisposto, in data 11/11/2021, prevedendo una invarianza della quota di iscrizione per l'anno 2022. Per i sopracitati motivi, si è reso necessario rivedere il Bilancio di Previsione in considerazione degli impegni di spesa ipotizzabili, modificando la proposta da presentare in Assemblea e prevedendo così una quota di Iscrizione all'Albo per l'anno 2022 con un considerevole aumento di € 21 pro capite, così come sinteticamente riassunto in una delle Slide della Relazione e che qui riporto per brevità di esposizione.

Michele Borri
Presidente dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Pavia

Le sfide attuali alla salute e alla cura sul territorio

Riflessioni dalla Redazione di Nursing Foresight

Tra le molte incertezze che circondano gli attuali eventi, c'è almeno una cosa sicura: il nostro sistema sanitario, come del resto quello di tantissimi altri paesi, sta attraversando una trasformazione profonda e unica, e si dirige, a passo più o meno rapido, verso un sistema sanitario di comunità, che limiti l'ospedalizzazione ai casi di effettiva necessità.

Tutto ciò, ha indubbiamente subito un'importante accelerazione a causa della crisi pandemica che stiamo attraversando: l'impatto con la durezza della realtà, che da 2 anni stiamo vivendo, ha messo a nudo l'equilibrio precario e le criticità caratterizzanti il sistema sanitario degli ultimi decenni, scoprendo un vaso di pandora che ha reso la questione della qualità delle cure e delle risorse sanitarie ancora più acuta e urgente. L'emergenza sanitaria, le gravi conseguenze socioeconomiche e le sofferenze umane, sia fisiche che psicologiche, causate dall'avvento del Covid-19, hanno messo tutti noi con le spalle al muro. Infatti, l'irruzione del virus ha smascherato la vulnerabilità e la frammentazione dei sistemi sanitari, nazionali e internazionali, di fronte a cui nemmeno i progressi della scienza, della medicina, le innovazioni tecnologiche e digitali, si sono rivelati adeguati e sufficienti.

Tuttavia, quale momento storico migliore di questo per imparare dalle nostre esperienze, dai nostri errori, migliorare e crescere? I tempi di crisi sono anche tempi di opportunità, forse irripetibili, in cui si ha la possibilità di avviare processi di profondo cambiamento. E, appunto, il continuo movimento di de-ospedalizzazione della sanità, verso una centralità delle cure a casa del paziente, ed orientato al benessere sociale e comunitario facendo leva sulla prevenzione e proattività, potrebbe essere veramente l'occasione per fare qualche cosa di importante.

In questo contesto di cambiamento, le competenze dell'infermiere possono trovare uno sviluppo e uno spazio di crescita e realizzazione veramente unico, con delle ricadute effettivamente positive sugli esiti di salute dei pazienti e della popolazione in generale, realizzando a 360 gradi il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica individuato già nel 1994 dal DM 739/94. Il comma 2 dell'Articolo 1 del profilo professionale afferma che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC), quindi, può essere riconosciuto come l'effettivo protagonista di questo processo di cambiamento, poiché, in seguito ad un percorso formativo post-base di I livello, e quindi all'acquisizione di competenze avanzate, è il professionista sanitario responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica, e che accosta i problemi di salute con un'ottica proattiva, e spesso, ancora prima che si manifestino. Eroga cure infermieristiche complesse, agisce nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, garantendo una continuità delle cure che sia efficiente, di qualità e sostenibile.

Le competenze che l'infermiere di famiglia e di comunità può mettere in campo nella cura e nell'assistenza dei pazienti, delle famiglie e della comunità, sono molto ricche ed elevate, anche se attualmente sono soggette a profonde e comprensibili diversità, in funzione delle aree geografiche e quindi delle politiche regionali e nazionali di sviluppo della stessa. L'infermiere di famiglia e di comunità è senza dubbio il futuro della nostra professione, ma è un futuro che si staglia sul passato: Florence Nightingale 161 anni fa aveva istituito l'infermiere di famiglia, che con una formazione specifica, era dedicato all'attività nei distretti, per sopperire alla grande povertà del tempo che aveva conseguenze inevitabili sulla salute pubblica. All'epoca questa azione di cura era spesso scambiata per beneficenza, ma al riguardo la Nightingale stessa affermò che non vi era bisogno di beneficenza o carità, bensì di cure

concrete e competenti. Naturalmente al giorno d'oggi ci vuole una formazione solida e ben orientata, per evitare di riprodurre il modello clinico ospedaliero a livello dell'assistenza domiciliare, dove invece è necessario un approccio totalmente diverso, che ha come cardine il paziente e la famiglia, e la loro percezione e definizione dei propri problemi di salute. Tuttavia, per fare ciò, in un mondo che ha ancora al centro l'ospedale come fonte di cura per eccellenza, è imprescindibile agganciare una sorta di rivoluzione copernicana a livello culturale, e come ogni rivoluzione, richiede del tempo – e pazienza - per compiersi.

È necessario, quindi, un cambiamento di paradigma con cui approcciare l'idea di salute. Tanta strada è già stata fatta dal 1948, anno in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità descriveva la salute come “uno stadio di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità”, poiché tale definizione non rispecchia l'attuale società caratterizzata dal continuo aumento di patologie croniche e dal cambiamento di modello di malattia. Un vivo dibattito si sta sempre più intensificando nella comunità scientifica internazionale, nel tentativo di riadattare la definizione di salute alle caratteristiche della società moderna. A tal riguardo, Machteld Huber e colleghi (in: “How should we define health?” BMJ 2011;343:d4163) propongono di cambiare l'enfasi verso la capacità di adattarsi e autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive.

Quindi, possiamo con orgoglio constatare che la rivoluzione copernicana culturale che sta alla base del successo dell'attività assistenziale dell'infermiere di famiglia e comunità ha sicuramente preso avvio, ma con realismo dobbiamo arrenderci all'evidenza che c'è ancora tanta – tantissima - strada da fare. Con il primo numero della rivista Nursing Foresight, la redazione ha, quindi, voluto dare spazio alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, attivando un dialogo fra le diverse esperienze di realizzazione in cui può sfociare, facendo emergere dai vari contributi presentati nelle prossime pagine i numerosi punti di forza e di ricchezza, ma anche le criticità e le sfide attuali con cui quotidianamente bisogna fare i conti.

Proprio a riguardo della riconosciuta ed indubbia necessità di formazione avanzata per il professionista infermiere alle prese con la cura domiciliare, vogliamo sottolineare l'iniziativa della borsa di studio pari a 2500 euro che l'attuale gruppo dell'Opi di Pavia ha messo a disposizione per supportare la partecipazione di uno dei suoi iscritti al master di I livello in “Infermiere di Famiglia e Comunità”, attivato per l'anno accademico 2021-2022 presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Legale e Forense dell'Università degli Studi di Pavia. L'iniziativa dell'Opi è nata in seno all'Ufficio Sviluppo Ricerca Infermieristica e Rapporti con l'Università, che ha il mandato di promuovere una pratica basata su solide evidenze scientifiche, avvicinando i colleghi alla ricerca e al mondo universitario per costruire preziose sinergie e produrre alte eccellenze. Riportiamo nelle prossime pagine il bando completo, auspicando una viva e vivace partecipazione, soprattutto in funzione della rivoluzione copernicana culturale a cui stiamo andando incontro, e che rappresenta, per la nostra famiglia professionale, una delle principali e più importanti sfide degli ultimi anni che siamo chiamati ad affrontare, e che certamente vogliamo vincere.

La redazione “Nursing Foresight”

Federica, Gianluca, Ida, Monica e Sara

(nursing.foresight@gmail.com)

Bando di assegnazione contributo economico per la partecipazione al Master di I Livello “Infermiere di famiglia e di comunità” (approvato con Delibera N. 375 del 17/09/2021)

DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO:
20 novembre 2021

DATA DI SCADENZA DEL BANDO:
10 giorni dopo la pubblicazione della graduatoria di merito definitiva sul sito web della segreteria organizzativa del Master <http://spmsf.unipv.it/master/>

CONTENUTI:

- 1) Bando di assegnazione contributo economico per la partecipazione al Master di I Livello “Infermiere di famiglia e di comunità”
- 2) ALLEGATO 1. Modulo domanda di iscrizione al bando di selezione e dichiarazione di trattamento dei dati personali

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia intende destinare, con Delibera n. 375 del 17/09/2021, una borsa di studio pari ad € 2.500,00 finalizzata alla partecipazione al Master di I Livello “Infermiere di famiglia e di comunità” proposto da Università degli Studi di Pavia.

Lo studente vincitore del bando ottiene il contributo per l'anno accademico di frequenza 2021-2022. Il pagamento della borsa verrà effettuato direttamente da OPI Pavia in favore del candidato vincitore della borsa di studio a seguito di presentazione attestante il contributo economico versato a favore di Università degli Studi di Pavia.

1. Ambito

L'iniziativa nasce in seno all'*Ufficio Sviluppo Ricerca Infermieristica e Rapporti con l'Università* che ha il mandato di promuovere una pratica basata su solide evidenze scientifiche, avvicinando gli infermieri alla ricerca e al mondo universitario per costruire preziose sinergie e produrre alte eccellenze.

Finanziare in toto una borsa di studio per il Master di I Livello “Infermiere di famiglia e di comunità” rappresenta un asset strategico per il territorio pavese,

un messaggio chiaro a tutti gli iscritti che OPI Pavia ha desiderio di investire su chi desidera formarsi. La borsa è indice di una forte consapevolezza di come l'assistenza del futuro verrà declinata: l'Infermiere di Famiglia è infatti un professionista della salute che riconosce e cerca di mobilitare risorse all'interno delle comunità; è riferimento per tutta la popolazione (soggetti anziani, pazienti cronici, istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, strutture residenziali ecc.) con particolare attenzione alle fragilità.

Sono esclusi dal presente bando i membri del Consiglio Direttivo, della Commissione d'Albo e del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia e tutti coloro che hanno ricoperto una carica Istituzionale all'interno dell'OPI Pavia negli ultimi 5 anni.

2. Requisiti generali di ammissione

Possono presentare domanda di partecipazione al concorso i candidati in possesso di tutti i presenti requisiti:

- Infermieri e Infermieri Pediatrici regolarmente iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia alla data di scadenza del presente Bando, in regola con il pagamento della tassa di Iscrizione annuale
- Infermieri e Infermieri Pediatrici in possesso di titolo di studio (L/SNT1 - CLASSE DELLE LAUREE IN PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROFESSIONE SANITARIA OSTETRICA/O) conseguito esclusivamente presso Università degli Studi di Pavia
- Infermieri e Infermieri Pediatrici già utilmente collocati in graduatoria e già immatricolati al Master di I Livello “Infermiere di famiglia e di comunità” di Università degli Studi di Pavia

3. Domanda di partecipazione e termine di presentazione

Le domande dovranno pervenire esclusivamente via PEC presso l'indirizzo di posta elettronica opipavia@pec.it entro le ore 24.00 della data di scadenza del presente bando (collocata 10 giorni dopo la pubblicazione della graduatoria di merito definitiva da parte di Università di Pavia). Trascorsa questa data nessuna nuova domanda sarà ammessa alla valutazione, né saranno accettati materiali integrativi.

Le domande dovranno contenere in maniera chiara nell'oggetto della PEC "DOMANDA PER BANDO DI CONCORSO PER L'ASSEGNAZIONE DI BORSA DI STUDIO OPI PAVIA"

La domanda di partecipazione (ALLEGATO 1. MODULO DOMANDA DI ISCRIZIONE AL BANDO DI SELEZIONE E DICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI) dovrà essere redatta in lingua italiana e dovrà contenere i dati personali del candidato, corredati di numeri di telefono ed e-mail, e l'autorizzazione al trattamento dei dati (ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 e in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016)

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Curriculum Vitae a firma del candidato, completo di: voto di laurea, titolo della tesi di laurea triennale, pubblicazioni scientifiche, esperienze lavorative, titoli quali Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, altri Master di I o II Livello conseguiti (è possibile allegare al Curriculum Vitae qualsiasi attestato/titolo ritenuto utile ai fini della valutazione)
- Modulo domanda di iscrizione al bando di selezione e dichiarazione di trattamento dei dati personali (ALLEGATO 1 al presente Bando)
- Autocertificazione in carta libera ai sensi del DPR 445/2000 che dichiara di aver conseguito il diploma di laurea CLASSE L/SNT01 "Lauree delle Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione Sanitaria Ostetrica" presso Università degli Studi di Pavia e di essere iscritto/a all'Ordine delle Professioni infermieristiche di Pavia
- Certificato di immatricolazione al Master di I Livello "Infermiere di famiglia e di comunità" di Università degli Studi di Pavia

OPI Pavia si riserva la possibilità di chiedere ulteriori informazioni al candidato laddove lo ritenesse necessario per una migliore valutazione del suo profilo.

Si ricorda che tutte le dichiarazioni sono fatte sotto la propria responsabilità e che in caso di dichiarazioni mendaci si incorrerà nella decadenza degli eventuali benefici acquisiti.

4. Commissione esaminatrice

Le domande di accesso alla borsa verranno valutate da una commissione composta dal Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia, dai consiglieri del Consiglio Direttivo dell'Ordine delle

Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia e dal Responsabile dell'*Ufficio Sviluppo Ricerca Infermieristica e Rapporti con l'Università*.

La valutazione per l'assegnazione della borsa verrà effettuata da parte della Commissione sulla base del Curriculum Vitae del candidato nella sua interezza, attribuendo un punteggio espresso in trentesimi e determinato sulla base dei seguenti criteri di valutazione:

- **Fino ad un massimo di punti 12 per il voto di laurea triennale così ripartiti:**

Voto di laurea fino a 90/110	1 punto
Voto di laurea da 91 a 94/110	3 punti
Voto di laurea da 95 a 98/110	4 punti
Voto di laurea da 99 a 100/110	5 punti
Voto di laurea da 101 a 103/110	6 punti
Voto di laurea da 104 a 105/110	7 punti
Voto di laurea da 106 a 107/110	8 punti
Voto di laurea da 108 a 109/110	9 punti
Voto di laurea di 110/110	10 punti
Voto di laurea di 110 e lode/110	12 punti

- **Fino ad un massimo di punti 6 per pubblicazioni di pertinenza all'ambito delle patologie croniche e delle cure territoriali, così ripartiti:** 2 punti per ogni pubblicazione, in base a qualità e affinità (verranno considerate massimo 3 pubblicazioni)
- **Fino ad un massimo di punti 9, per esperienza clinica infermieristica sul territorio o esperienza clinica con pazienti con patologie cronico degenerative, così ripartiti:** 3 punti per ogni anno di attività assistenziale (fino ad un massimo di tre anni)
- **Punti 3 per titoli di laurea magistrale/specialistica in scienze infermieristiche o master in Infermieristica**
- **Punti 1 per ogni titolo aggiuntivo** (fino ad un massimo di tre titoli accademici infermieristici)

Il candidato, in possesso dei criteri formali per la partecipazione e con il punteggio più alto otterrà il finanziamento a mezzo di borsa di studio.

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

- Età anagrafica del richiedente favorendo, a parità di valutazione, il richiedente anagraficamente più giovane

La valutazione verrà effettuata dalla Commissione nominata che produrrà i verbali per la valutazione di ogni singola domanda. In tempo utile verranno resi noti i risultati della valutazione sia a mezzo PEC che pubblicamente sul sito www.opipavia.it

In caso di rinuncia del candidato vincitore la borsa verrà rimessa a disposizione secondo la graduatoria di merito.

Nel caso in cui nessun candidato dovesse presentare domanda di finanziamento alla borsa di studio questa non verrà assegnata.

5. Finanziamento della borsa

Complessivamente verranno assegnati al candidato vincitore del Bando € 2500,00

L'accettazione della borsa implicherà l'impegno per il beneficiario ad essere presente ad una eventuale cerimonia di premiazione, il consenso alla pubblicazione dei dati del vincitore sul sito OPI Pavia, nonché il consenso alla pubblicazione di materiali e immagini sui social istituzionali e sulla rivista Nursing Foresight.

6. Pubblicazione del Bando

Il presente Bando ed il modulo della domanda di partecipazione sono disponibili online sul sito www.opipavia.it e nella pagina Facebook Istituzionale "Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Pavia"

7. Trattamento dei dati personali

- Con riferimento alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed in ottemperanza a quanto previsto dal "Regolamento Generale sulla protezione dei dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016, si informa che i dati personali forniti dai candidati sono registrati e

trattati esclusivamente dal RDP dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia per le finalità di gestione delle attività inerenti il concorso.

- Si precisa che è obbligatorio comunicare i dati richiesti per la partecipazione al concorso, pena l'esclusione dalla selezione.
- I candidati godono dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo, tra i quali il diritto di accesso ai dati che li riguardano, nonché, alcuni diritti complementari tra cui il diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché, il diritto di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento.

8. Disposizioni finali

La partecipazione alla selezione implica l'integrale accettazione di quanto contenuto nel presente bando.

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

Il Presidente
Michele Borri

ALLEGATO 1. MODULO DOMANDA DI ISCRIZIONE AL BANDO DI SELEZIONE E DICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Bando di assegnazione contributo economico per la partecipazione al Master di I Livello "Infermiere di famiglia e di comunità"

COGNOME:

NOME:

NATO A:

DATA DI NASCITA:

RESIDENTE A:

CAP:

INDIRIZZO:

TELEFONO:

MOBILE:

E-MAIL:

DATA ISCRIZIONE OPI:

NUMERO ISCRIZIONE OPI:

SEDE LAVORATIVA:

PROFILO PROFESSIONALE:

DICHIARAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 196/2003 e del Regolamento Generale per la protezione dei dati Regolamento UE 2016/679 per le finalità di cui al presente avviso di candidatura. Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

LUOGO e DATA: _____ FIRMA: _____

ICN CONGRESS 2021: la parola d'ordine è "influence" La Redazione di Nursing Foresight

Il Nursing italiano resta protagonista nel panorama globale, molti sono stati i relatori e contributi presentati all'ultimo Congresso dell'International Council of Nurses (ICN) (<https://icncongress2021.org/>), che si è svolto dal 2 al 4 novembre in modalità virtuale ed è stato ospitato dalla Emirates Nursing Association. L'ICN è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano milioni di infermieri in tutto il mondo. Gestito da infermieri e leader a livello internazionale, lavora per garantire cure di qualità per tutti e solide politiche sanitarie.

L'infermieristica pavese ha avuto una sua forte rappresentanza in questo contesto con poster, abstract e presentazioni orali tematiche. Alla cerimonia di apertura di questo evento personaggi di spicco quali Papa Francesco, Oprah Winfrey, Bono e altri leader e celebrità globali hanno mandato messaggi di lode e di sostegno agli infermieri di tutto il mondo. Più di 5500 infermieri hanno partecipato all'evento biennale. Non sono mancate le sessioni plenarie con esperti da tutto il globo, tra cui Tedros Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e Ban Ki-moon, ex segretario generale delle Nazioni Unite.

Emblema dei tre giorni di alto spessore politico, professionale e scientifico è stato la sua conclusione: Il 29esimo Presidente eletto ICN Pamela Cipriano ha chiuso il Congresso con un discorso entusiasmante che ha introdotto la sua parola d'ordine presidenziale "Influence" (tutti i Presidenti scelgono a inizio mandato una parola che li guidi negli anni a venire). Non son mancati elogi al suo predecessore, Annette Kennedy, per la sua ferma leadership. Cipriano ha invitato noi infermieri a continuare a combattere per sconfiggere la pandemia e ha affermato che la nostra unità nei prossimi mesi e anni mostrerà al mondo quanto gli infermieri e l'assistenza infermieristica siano vitali per il benessere fisico, mentale, sociale ed economico di tutti. Cipriano ha poi parlato del

suo orgoglio di essere il leader degli infermieri del mondo, che lavorano ogni giorno per prendersi cura degli altri, a volte a proprio danno. Ha poi aggiunto: "Ho scelto la parola *influenza* come guida perché è contemporaneamente sia un'azione che un risultato. È il potere di cambiare o influenzare qualcuno o qualcosa direttamente o indirettamente. L'influenza non forza il cambiamento. Piuttosto, l'influenza si basa sulla persuasione e sulla capacità di influenzare il pensiero o le azioni di un altro. È attraverso il potere delle nostre posizioni di responsabili decisionali - consapevoli e risolutori di problemi, sostenitori e professionisti appassionati - che abbiamo influenza e possiamo influenzare gli altri. Influenziamo la cura dei pazienti e delle famiglie dimostrando compassione, educandoli e guadagnando la loro fiducia e cooperazione. Influenziamo i nostri colleghi infermieri e medici condividendo conoscenze specialistiche e impegno per soddisfare le esigenze uniche degli altri. Influenziamo i nostri legislatori sostenendo azioni che salvaguardino gli infermieri. Influenziamo le nostre comunità insegnando pratiche per promuovere la salute e prevenire le malattie. Influenziamo i cambiamenti nell'assistenza sanitaria alzando la voce e convincendo gli altri a fare la cosa giusta. Influenziamo il grande pubblico essendo coraggiosi. Influenziamo la nostra professione senza mai tirarci indietro, anche di fronte alle avversità."

Ha poi continuato: "Mai prima d'ora il mondo ha ammirato gli infermieri con aspettative così alte. Guardiamo al futuro per continuare a costruire e rafforzare ICN attraverso lo sviluppo della leadership, l'empowerment, la raccolta di nuove risorse e il sedere sempre ai tavoli decisionali per guidare i cambiamenti in ottica di equità e prosperità".

L'atto finale del Congresso è stato quello di annunciare ufficialmente la Canadian Nurses Association come sede del prossimo Congresso, che si terrà a Montreal nel 2023.



Le principali tappe storiche dello sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità in Italia

Alessandro Stievano

Coordinatore scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica OPI di Roma

La nascita della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) può essere ricondotta all'inizio del secolo scorso, dopo la I guerra mondiale, quando le assistenti sanitarie visitatrici, formate dalla collaborazione tra la Croce Rossa Americana e la Croce Rossa Italiana, fornivano assistenza sanitaria nel contesto sociale e territoriale dell'epoca. Le funzioni di questa professione erano comprese nel mansionario emanato nel 1925, riformulate nel mansionario del 1974 e mantenute fino al 1997 con la creazione dei profili professionali.

Le assistenti sanitarie confluivano nell'IPASVI, (attualmente FNOPI), e sono figure sanitarie che spesso si sono sovrapposte o affiancate alla figura dell'Infermiere, con sorti e rilevanze alterne influenzate dai periodi storici e socio-economici che si sono susseguiti dal inizio '900 ad oggi.

La formazione di base era infatti molto simile a quella degli Infermieri e, solo successivamente, intorno agli anni '80, veniva strutturato un percorso di specializzazione in sanità pubblica come assistenti sanitarie. Dal punto di vista occupazionale, questo ramo dell'assistenza aveva negli anni scorsi maggiori opportunità lavorative; viceversa, oggi, le aziende sanitarie non istituiscono bandi specifici per la figura dell'assistente sanitario a favore della figura dell'Infermiere, soprattutto per ragioni economiche.

Le prime sperimentazioni formative per l'infermiere di famiglia sono avvenute tra il 2015 e il 2016 con percorsi post-base nelle regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana, Lombardia. In quest'ultima regione, nel 2014 è sorto il primo ambulatorio dell'infermiere di famiglia.

Negli ultimi anni infatti, il modello italiano ha previsto la formazione dell'IFeC attraverso Master di I e II livello, rendendolo di fatto un Infermiere specializzato che si inserisce in tutti quei contesti la cui funzione primaria è quella di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare sia in quello ambulatoriale, fornendo tutti i servizi di maggiore richiesta degli utenti e diventando un punto di riferimento per la comunità in termini di informazione sanitaria, prevenzione e promozione della salute e accesso ai vari servizi a disposizione dei cittadini.

Contesto europeo: come si è evoluta la figura IFeC in Europa? Quali sono le esperienze più importanti che hanno visto una valorizzazione maggiore di questa figura sul panorama europeo e internazionale? Un racconto rispetto alla tua conoscenza delle esperienze più virtuose a cui noi possiamo guardare come esempi positivi da cui imparare

In Europa, così come nel resto del mondo, la figura dell'IFeC è presente in maniera diversa da paese a paese. Come ben dettagliato nel libro "Infermiere di Famiglia e di Comunità: Proposte di policy per un nuovo welfare", ogni paese ha sviluppato un modello differente in base alla propria storia e al proprio contesto sociale. Il libro illustra alcuni modelli organizzativi e formativi che sono stati sviluppati tra cui l'esperienza della Spagna, del Regno Unito, della Slovenia e di Stati Uniti e Canada. Tra tutti gli stati europei, la Spagna è quella che maggiormente può essere confrontata dal punto di vista socio-economico ad un paese come l'Italia e rappresentato come modello virtuoso da un punto di vista formativo ed organizzativo. In Spagna viene valorizzato il percorso di laurea magistrale, di durata biennale per l'IFeC, che si forma a diretto contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG). Nella penisola iberica, infatti, sono in vigore accordi specifici per i quali il tirocinio viene svolto con i MMG e la formazione viene attuata nei luoghi in cui l'infermiere dovrà poi operare: questa scelta si è rivelata vincente in quanto la formazione "sul campo" è molto avanzata e strutturata garantendo una preparazione completa. Va inoltre aggiunto che la formazione universitaria degli infermieri è iniziata fin dagli anni '70 ed inoltre in Spagna, così come nei paesi anglosassoni, le specializzazioni post base hanno trovato attuazione e innovazione.

Un altro modello importante è quello statunitense, soprattutto dal punto di vista formativo, in quanto i master e le lauree magistrali sono presenti e accessibili da più di 30 anni e questo perché le infermiere di sanità pubblica operavano nei quartieri poveri di New York già prima degli anni '50. Questi percorsi formativi si sviluppavano già nel '65 per opera di una infermiera, Loretta Ford, (centenaria e ancora vivente) che iniziò i primi corsi di infermie-

ristica avanzata alla "University of Colorado" perseguendo la strada dei percorsi formativi specialistici per le Infermiere di comunità.

Tra questi modelli educativi avanzati, l'Infermiere di sanità pubblica ha sempre ricoperto un ruolo rilevante per due motivi: in primo luogo perché il World Health Organization (WHO) con le principali organizzazioni globali, già da qualche anno investe e promuove questa tipologia di assistenza in quanto fornisce risposte dirette ai cittadini e gli Infermieri sono considerati la figura professionale più importante a livello territoriale; in secondo luogo, negli anni è stato valorizzato il ruolo dell'IFeC, inerente alle cure primarie, poiché può agire professionalmente sugli aspetti di prevenzione, promozione ed educazione alla salute sia in contesti di svantaggio sociale, sia al domicilio, sia negli Hub assistenziali o anche in ambito di cure primarie. Quando si parla di infermieristica avanzata e specializzata non si deve parlare solo, ad esempio, di Infermieri in area critica, ma anche di Infermieri di sanità pubblica, i quali assumono un ruolo molto importante perché agiscono come già ricordato, con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione e la qualità degli interventi, nonché sul sostegno ai professionisti nelle attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, per la famiglia e per la collettività.

Alla luce dell'attuale formazione dell'IFeC in Italia, cosa servirebbe e cosa si potrebbe aggiungere per rispondere ai reali bisogni di salute della popolazione italiana?

Dall'inizio della pandemia COVID ad oggi sono stati fatti grandi passi avanti in ambito di IFeC grazie alla Legge 17 luglio 2020 n. 77 che ha sancito come l'Infermiere di famiglia e di comunità sia una figura innovativa che contribuisce allo spostamento dei sistemi socio-sanitari verso modelli di Welfare generativo di comunità, in stretta integrazione con tutti gli altri attori sociali e che ha modificato l'indice di rapporto tra professionisti e pazienti a livello territoriale. Il Covid-19 ha provocato una forte sensazione di disagio nella popolazione ed un'aumentata richiesta di aiuto provocando necessariamente un avvicinamento tra la popolazione e i professionisti sanitari. A tal proposito, una rete di Infermieri territoriali avanzata avrebbe permesso un approccio più solido nei confronti dei pazienti direttamente al loro domicilio. In Italia, iniziative come master in IFeC sono fondamentali e potranno un giorno evolvere in percorsi di laurea magistrale, come già è accaduto in altri paesi. È fondamentale che tutta

la comunità professionale sia consapevole che questa sia la direzione giusta verso cui andare. È ovvio che, affinché si attui una formazione corretta, devono passare ancora alcuni anni di lavoro per consolidare le fondamenta che serviranno a fornire tutte le conoscenze necessarie ai futuri Infermieri di famiglia. In alcuni paesi come gli Stati Uniti, gli IFeC possono anche accedere a dottorati specifici inerenti questo settore. Il tempo è un fattore fondamentale che darà delle risposte importanti, è indispensabile quindi porre delle basi per fare in modo che tutto porti i frutti sperati.

Ci puoi raccontare del progetto di ricerca che hai portato avanti a livello nazionale su IFeC promosso da un finanziamento del ministero della salute?

"Infermiere di Famiglia e di Comunità: Proposte di policy per un nuovo welfare" è un progetto di ricerca condotto nel 2015 e pubblicato nel 2017 che ha portato a modelli teorici successivamente applicati nella Legge 77/2020 in particolare con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) emergenziale relativo alla pandemia da Covid-19. Questo progetto di ricerca è uno studio di tipo misto con contenuti sia di stampo quantitativo che qualitativo con interviste a numerosi professionisti sanitari come Medici di Medicina Generale, IFeC e altri operatori. Nel libro viene delineato un quadro generale della situazione degli Infermieri di famiglia italiani oltre ad alcune esperienze degli stessi. Questo studio è stato condotto con lo scopo di capire il modello di sviluppo della figura dell'IFeC, sviluppo non univoco ma differente in base alle zone territoriali.

In Italia, dove non è presente ancora nulla di istituzionalizzato, il primo documento ufficiale è proprio la Legge 77/2020 che apre le porte ad uno sviluppo ad ampio spettro dell'approccio al territorio che deve arrivare ad essere un punto di riferimento per gli Infermieri e i professionisti sanitari italiani. La Legge sancisce l'importanza dell'IFeC e, inoltre, fornisce ad esempio, dei parametri di occupazione con numeri pari a circa 8 infermieri ogni 50mila abitanti. Questo indice di rapporto tra professionisti e pazienti non è diffuso in tutto il mondo ma è posseduto solo da alcuni stati degli USA, oppure da alcuni stati dell'Australia. Questa Legge è un enorme passo avanti anche se deve ancora essere sviluppata nella sua fase applicativa. Tra le regioni italiane in cui da più di vent'anni il modello è già ampiamente sviluppato abbiamo Lombardia, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia; in molte altre regioni invece il progetto è in via di sviluppo e verrà realizzato sicuramente negli anni a venire.

Infermiere di famiglia e comunità Il tempo di relazione, tempo di cura

**Aurelio
Filippini**

Presidente opi Varese

L'infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è un professionista della salute che riconosce e cerca di mobilitare le risorse (comprese le competenze, le conoscenze e il tempo) all'interno della comunità, di individui, gruppi e organizzazioni verso la promozione della salute e del benessere nella comunità. Nello specifico, cerca di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute. L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il riferimento per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc....) con particolare attenzione alle fragilità, proprio in funzione dell'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Lavora in modo proattivo, come illustra il modello FNOPI recepito dalle Regioni.

La forma liquido-moderna di esenzione dalla sfera del giudizio morale è ricalcata sul modello della relazione consumatore-merce, e la sua efficacia si basa sul trasferimento di quel modello nell'ambito dei rapporti umani (Bauman, Donskis, 2019)

La liquidità morale rappresenta il presupposto per lo smarrimento valoriale: cosa è bene è una domanda che oggi non ci facciamo più. Bauman descrive molto bene come questo fenomeno abbia portato alla spersonalizzazione dei rapporti umani passando all'utilizzo del modello commerciale, portando all'estremo della superficialità le relazioni abbassandole a livello di scambio di merci non di valori (vali tanto quanto puoi materialmente offrire o comprare). Il modello di relazione è tra consumatore e l'oggetto materiale del contendere. Ma se questa è la tendenza della società moderna la relazione con le parole, i gesti e il tempo che curano, il dolore e la bellezza su cosa poggiano? La relazione è stata confinata allo scambio materiale, comunichiamo per chiedere o dare, per pretendere o vendere, l'utilizzo dei social ha limitato e impoverito il linguaggio riducendo il numero e la qualità delle parole e limitandone il significato, escludendo i sensi dalla relazione: l'intensità degli sguardi, il suono delle parole e il calore del tocco...sono sostituiti da una tastiera o uno schermo touch, relazionarsi così limita le percezioni e influisce sul

contenuto del messaggio e sulla sua interpretazione.

Il dolore è afinalistico e legato alla perdita di qualcosa di terreno, ci si dispera perché non si può avere il cellulare di ultima generazione o l'intervento di chirurgia plastica, o un'auto, un abito...è diventato normale sentire che vengono uccisi bambini, donne, intere popolazioni...Si prova paura o rabbia verso persone diverse e si cerca di allontanarle... La pandemia con l'isolamento forzato ha acuito tutto questo mettendo ancora più distanza tra esseri umani. La bellezza si lega al mero possesso di quello che la società propone come modello da seguire, non sei bello, non hai quella cosa bella. Eppure basta davvero poco: un incontro, uno sguardo, un sorriso, un tocco...e improvvisamente torna chiaro quello che realmente vale.

L'infermiere sul territorio ha un ruolo proattivo di incontro con le persone e la famiglia, non aspetta solo le prescrizioni, ma intercetta autonomamente i suoi assistiti di cui conosce le problematiche di salute. La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IF/C mira al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità.

L'IFeC infatti effettua una valutazione dei bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica; stende piani assistenziali infermieristici, individua quesiti di ricerca infermieristica. Ma orienta anche ai servizi, fa una valutazione, indicazione e prescrizione dei presidi necessari. Monitora l'aderenza terapeutica, l'empowerment e valuta i sistemi di telemonitoraggio. È lui che attiva consulenze infermieristiche, si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento.

Soprattutto collabora a strategie assistenziali di continuità ospedale territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi di auto mutuo aiuto.

La relazione è tempo di cura. Così precisa il nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche all'articolo 4. Relazione di cura. Ma a quale relazione

da quale tempo facciamo riferimento e soprattutto il tempo è dolore o bellezza?

Se lo vediamo come Krónos nel suo inesorabile scorrere che divorava minuti, ore, mesi, anni insomma la vita come nella mitologia greca divorava i suoi figli uno scorrere quindi doloroso, quel dolore che non ha un fine né un senso né una motivazione che possa fare da trampolino per il cambiamento la comprensione la crescita (cosa ho concluso nella mia vita? Non ho una bella macchina o una casa grande o le vacanze da sogno...) il tempo mi sfugge dalle mani, non basta mai, lo devo ricorrere perché mi provoca un dolore che non capisco e non so più come affrontare, lo abbiamo vissuto durante la pandemia, lo scorrere dei giorni tra malati e malattia, tra parenti lontani (i nostri e quelli dei nostri assistiti), travolti da una novità che ci ha sopraffatti e costretti ad agire al di là del tempo ma invischiati nello stesso tempo che scorreva senza quasi farci pensare.

Ma...la mitologia ci consegna a perché la bellezza del tempo: nel testo *Aver cura di sé* Luigina Mortari (2019) afferma che il tempo va riempito di significato per non lasciare che "semplicemente passi, senza che nessun filo di senso possa essere disegnato nello spazio seppur breve del proprio divenire", definendo così Kairós: il tempo giusto, opportuno, adatto, propizio e conveniente che determina la buona occasione per l'incontro con l'altro, la bellezza dell'incontro della conoscenza della relazione dello scambio che fa cambiare, comprendere crescere, che dà senso anche al dolore o almeno gli dà la possibilità di essere vissuto, elaborato e sfruttato fino a renderlo eterno come Aion, il tempo che si ferma e si fissa nella memoria nostra e degli altri, richiamabile ogni volta che serve perché supera il dolore senza fine per trovarvi la bellezza e l'essenza dell'essere.

Affinché Kairós sia il tempo che viviamo è necessaria la motivazione ad affrontare e vivere il dolore, ad alleviare le sofferenze altrui, in una parola è necessario sperimentare la condizione umana della compassione, "chi prova compassione percepisce la forza di questa condivisione e della connessione con l'intero genere umano e subito sente sollievo. La compassione verso la persona sofferente risulta strettamente legata alla motivazione di aiutarla; dunque, dal provare compassione per gli altri, può derivare un sentimento positivo di ricompensa intrinseca (Zighetti, 2016), attraverso la compassione il dolore prende una forma più naturale lasciando la possibilità di sperimentarne il significato, fermarlo e elaborarlo nella relazione, nell'incontro e nel tempo.

Essere infermiere, in modo particolarmente intenso durante la pandemia, vuol dire aver sperimentato che la massima espressione del dolore che diventa bellezza dell'incontro si esplicita nel gesto assistenziale e di cura, descritto non a caso nell'articolo *24-cure nel fine vita*, si perché anche nella cura della vita che porta la morte, cui si associa il dolore umano della perdita, poiché legato allo scorrere inesorabile di Kronós, noi possiamo recuperare la bellezza del gesto ricco di intenzionalità, compassione, competenza, gentilezza e incontro fermando così con Kairós l'attimo di massima bellezza eterno come Aion. Il dualismo dolore e bellezza è un costante incontro umano che ricerca l'equilibrio per accogliere il primo e esaltare la seconda.

Nel manifesto deontologico degli infermieri per il tempo che stiamo vivendo (FNOPI 2020) vengono riprese componenti essenziali dell'assistenza infermieristica proprio in un mo-

mento in cui la relazione è compromessa dalla pandemia e dalle restrizioni che covid-19 impone, e proprio quando la relazione ha impedimenti imposti riscopre la bellezza dell'esserci fermando il tempo che si sta vivendo. Al punto 2 la relazione di cura comprende aspetti diversi legati alla scarsa possibilità di conoscere chi assistiamo per instaurare un rapporto di fiducia che però diventa patrimonio dell'essere professionista: il tempo che stiamo vivendo ci insegna che essere riconosciuti passa soprattutto dagli sguardi e dalle mani, dall'esserci e dal gesto di cura, il tempo che passiamo con chi assistiamo non è basato sulla quantità ma sull'intenzionalità. Le persone che assistiamo e i loro familiari vedono e sentono che non sono lasciati in abbandono, che ogni possibilità che abbiamo per instaurare una comunicazione assistenziale e per indirizzarla verso i familiari e le persone care viene messa in atto, attraverso l'uso della tecnologia o di semplici fogli e penne, come tramite tra l'isolamento e il mondo esterno. (dagli articoli 4 e 21 del Codice Deontologico delle professioni Infermieristiche)

E ancora nel punto 5 nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. Sguardi pieni di domande e domande piene di paure questo è lo scenario con cui nel tempo che stiamo vivendo l'infermiere si rapporta con i suoi assistiti e spesso anche con i colleghi. Accogliere queste emozioni è una componente fondamentale nel percorso di cura sempre e a maggior ragione oggi, l'epidemia ha tolto certezze sulla medicina e sulla guarigione e ha evidenziato il limite della sanità, questo colpisce sia i nostri degenti che noi stessi, le emozioni e le paure che ci vengono presentate richiedono molta energia per essere accolte con la consapevolezza di avere poche risposte, di essere - almeno in parte - nella stessa condizione di incertezza e paura. Proprio questo stato ci unisce ancora di più a chi assistiamo mettendoci in un rapporto di parità emozionale ma concedendoci ancora il vantaggio dell'assistenza che prescinde dalle incertezze perché cura la persona. Il costo dell'ascolto si mitiga con il risultato di benessere che viene concesso a chi ci ha al fianco. Fare tutto il possibile sempre è tutto quello che ci è richiesto, starà a noi ricercare un rapporto di sostegno se ci è necessario. (dall'articolo 17 del Codice Deontologico delle professioni Infermieristiche).

Riconoscere e conoscere le storie dietro i volti, i legami dietro le storie e le emozioni dietro i legami, diventa indispensabile perché Kairos renda propizio il dolore. Ognuno di quei numeri che appare tanto sterile ha una intera vita connessa vissuta con gioia e sofferenza, ognuno di quei numeri ha vissuto paure e speranze, felicità e dolore. Abbiamo incontrato molti di quei numeri, guardato e comunicato con molti di quei volti, incrociato altrettanti legami, storie e vite...è la nostra meravigliosa professione. Poi improvvisamente uno di quei numeri è un volto conosciuto, i suoi legami sono i tuoi legami, le vite a lui connesse e le emozioni si sono incrociate con le tue fino a non essere più distinguibili separatamente e le gioie e la sofferenza sono anche tue...un giorno improvvisamente ogni numero vive negli sguardi incrociati, nel tempo fissato dalle emozioni e dai ricordi. Ogni numero ha un volto...ed è il mio stesso volto.

La presa in cura che l'IFeC attua sul territorio si inserisce nella sfera più intima e privata delle persone: la loro casa, il loro mondo in cui siamo noi gli ospiti che tramite la relazione di cura e il gesto assistenziale crea i presupposti per essere

un compagno di viaggio nel percorso di salute anche sociale. La relazione e il tempo ad essa dedicata non posso prescindere dal fattore umano che caratterizza gli attori coinvolti, all'interno di essa le persone (professionisti o cittadini che siano) portano il loro baglio culturale, morale e valoriale, in un tempo che cura e si cura della bellezza dell'incontro si apre una scenario legato alla libertà di esprimere e vivere quanto di proprio si porta. Nel suo testo del 2019 "La cura con parole oneste" Sandro Spinsanti afferma infatti che il rispetto della libertà degli agenti morali coinvolti è il nucleo centrale di un'etica per la società post-moderna e pluralista. Questo ideale di una convivenza pacifica, che rinuncia alla repressione, a meno che non sia giustificata come risposta a un atto di forza ingiusto, ha un prezzo: bisogna tollerare anche le possibili tragedie dei singoli le persone, nella loro libertà, possono fare scelte che altri considereranno sconsiderate e nocive e la moltiplicazione di concezioni morali alternative, che spesso renderanno impossibile un'azione comune in molti campi (Spinsanti 2019).

Nella relazione che cura l'incontro con l'altro è il fuoco che ci alimenta, oltre il tempo, il dolore, la fatica.

Bauman Z., Donskis L., (2019) Cecità morale. Milano, Laterza (pp. 20-22)

FNOPI (2020) Un manifesto deontologico degli infermieri per il tempo che stiamo vivendo

FNOPI (2019) Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Roma

Mortari L. (2019) Aver cura di sé. Milano, Raffaello Cortina Editore

Spinsanti S. (2019) La cura con parole oneste. Milano, Il Pensiero Scientifico Editore

Zighetti M. (2016) Parte terza-la società compassionevole. In: Zighetti M. Essere esseri umani. Milano: Edizioni D'Este.

Verso un nuovo sistema di cure territoriali “long-term” e di bassa complessità

La redazione di Nursing Foresight

La progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia aumenta sempre di più il bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine. Tale bisogno è condizionato anche dall'invecchiamento generale della popolazione, dallo specifico aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti e dalla riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari.

Le sfide del SSN alla luce del “Next generation EU”

Con la comparsa della drammatica pandemia purtroppo ancora in corso, la Commissione Europea ha introdotto lo scorso anno la *Recovery and Resilience Facility Fund* (formalmente *Next Generation EU*, tradotta con “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza”). Sono stati stanziati 723,8 miliardi di euro di cui l'Italia è la prima beneficiaria (verosimilmente anche per avere avuto il più alto numero di vittime nella prima fase della pandemia) con 191,5 miliardi di euro cui vanno aggiunti 30,6 miliardi di fondo complementare. Della cifra totale, 338 miliardi saranno a fondo perduto, mentre 385,8 sono prestati a tassi agevolati. Riforme strutturali per la transizione ambientalista, per la digitalizzazione ed il sostegno alle imprese e per salute, sicurezza e ricerca scientifica sono le uniche che possono attingere a tali stanziamenti. Il PNRR destina più di 20,3 miliardi alla missione salute, cioè poco meno del 10% del totale, ma va detto che in generale la Sanità trarrà risorse anche degli altri 5 pilastri dell'investimento europeo: Digitalizzazione e Innovazione, rivoluzione verde e transizione ecologica, infrastrutture per mobilità sostenibile, Istruzione e Ricerca e, infine, Inclusione e coesione sociale. Per la missione Salute la maggior parte dei fondi sarà erogata dopo il 2023 su obiettivi già strutturati quali: ammodernamento del parco tecnologico, ospedali sicuri, assistenza domiciliare e telemedicina, case della comunità, iniziative di ricerca, fascicolo sanitario elettronico (FSE), Hub di eccellenza, ospedali di comunità, potenziamento della ricerca biomedica. In particolare sono previsti 7,0 miliardi per

reti di prossimità e per strutture di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 8,63 miliardi per innovazione ricerca e digitalizzazione del SSN.

Si tratta di investire in 2-3 anni più del 30% di quanto investito in conto capitale (cioè non in spese per gli operatori) dal 2000 al 2017.

Dei 7 miliardi per l'assistenza territoriale 2 sono previsti per case della comunità ed assistenza alla persona, 4 per assistenza domiciliare (la casa come primo luogo di cura) e 1 miliardo è destinato allo sviluppo delle cure intermedie. Entro la fine del 2021 l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale dovrebbe definire gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici, omogenei per la assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate. Un ulteriore decreto nel 2022 dovrebbe definire il nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

Nell'ottica di provvedere alla stesura di decreti governativi, recentemente il Ministero della Salute e AGENAS (Agenzia nazionale per i Servizi sanitari Regionali), congiuntamente hanno pubblicato una bozza di un documento intitolato “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN” dove vengono in particolare definiti:

Distretto socio sanitario: Uno ogni circa 100.000 abitanti, con variabilità in base alla densità di popolazione e alle caratteristiche orografiche del territorio. Presenza di una Casa di Comunità *hub* ogni 40-50.000 abitanti, case di comunità “*spoke*” e ambulatori di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) al fine di favorire la capillarità dei servizi ed equità nell'accesso. Tutte le aggregazioni di MMG e PLS sono ricomprese nella CASA DI COMUNITÀ avendone IN ESSE LA SEDE FISICA oppure a questa COLLEGATE FUNZIONALMENTE. Prevista una INFERMIERA DI FAMIGLIA e COMUNITÀ ogni 2000 – 3000 abitanti e almeno una USCA (Unità speciale di Continuità Assistenziale) e una COT (Centrale Operativa Territoriale) ogni Distretto, che deve avere anche un OSPEDALE DI COMUNI-

TÀ di 20 letti ogni 50 000 – 100 000 abitanti e una UNITÀ DI CURE PALLIATIVE domiciliari.

Casa della Comunità: Luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per entrare in contatto con un modello organizzativo integrato e multidisciplinare attraverso specifiche *equipes* territoriali. Presenti nel distretto in modalità *hub e spoke*, devono in entrambi i casi prevedere obbligatoriamente un punto unico di accesso per equipe multidisciplinari (MMG, PLS, Infermiera di comunità, etc), un servizio di assistenza domiciliare di base, servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, servizi infermieristici, sistema integrato di prenotazione collegato ai CUP aziendali, integrazione con i servizi sociali per la cronicità e partecipazione della comunità e valorizzazione alla co-produzione. Per il setting hub prevista la presenza medica 24H 7/7 giorni, infermieristica 12H 7/7 giorni, obbligatori i servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità ed il Punto Prelievi, mentre la presenza medica e infermieristica nelle case di comunità *spoke* sarebbe prevista di 12H 6/7 giorni alla settimana; facoltativi i servizi diagnostici e il punto prelievi.

Infermiere di famiglia e comunità: E' il professionista che mantiene il contatto con l'assistito e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona, interagendo con tutte le risorse presenti nella comunità, formali e informali. L'Infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali ma la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgere di nuovi bisogni sanitari e socio sanitari, espressi e potenziali, che insistono in modo latente nella comunità. Ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute ed è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Almeno un infermiere di Famiglia e di Comunità ogni 2000 – 3000 abitanti

Unità Speciale di Continuità Assistenziale: l'USCA è definita come una *equipe* mobile distrettuale per la gestione di situazioni di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico. Previsti almeno un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti.

Centrale operativa territoriale (COT): è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie socio sanitarie, ospedaliere e che dialoga con la rete di emergenza urgenza. Prevista una COT ogni distretto

Assistenza domiciliare: è un servizio domiciliare finalizzato alla erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale: PDTA) e/o di un piano personalizzato di assistenza (Piano assistenza individuale: PAI). Circa il 10% della popolazione over 65 è da prendersi in carico progressivamente.

Ospedale di comunità: è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alle reti di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei ai fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Previsti almeno un ospedale di comunità di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti oppure 0,4 posti letto per mille abitanti. Standard minimo di personale per l'ospedale di comunità di 20 posti letto: 9 infermieri, 6 operatori socio sanitari e un medico per almeno quattro ore al giorno 7 giorni su 7.

L'obiettivo è l'allineamento degli standard strutturali dell'assistenza territoriale, in particolare favorire gli standard strutturali organizzativi e tecnologici del territorio, diffondere un modello già diffuso soprattutto in Veneto, Emilia Romagna, Toscana valorizzando le realtà già presenti, stanziare le risorse per diminuire il gap Nord-Sud in termini di capacità di offerta e favorire l'interoperabilità (esempio con FSE) e progettualità interregionali.

La rete territoriale entro il 2026 dovrà quindi modificarsi radicalmente accompagnando rafforzamento e razionalizzazione: in particolare le Case della Salute e similari già presenti in tutte le regioni dovranno aumentare di numero significativamente (ad eccezione della Toscana) e questo perché per il rafforzamento del territorio sarà necessaria una grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente che dovrà considerare l'attuale frammentazione di ambulatori e laboratori, la quota di privato accreditato e il relativo a livello di concentrazione, e la presenza di strutture intermedie di cui si dovrà definire il destino, in particolare se saturare e potenziare o trasformarle nei nuovi setting.

Le stime del personale necessario e la presa in carico della cronicità

A fronte degli obiettivi di investimento proposti le stime del personale necessario confliggono con le reali unità disponibili: In maniera drammatica per il personale infermieristico necessario. Infatti, l'offerta mancante, considerando 2400 Case della comunità, in totale è di 1847 infermieri così come considerando 1200 ospedali di comunità, con 9 infermieri per ospedale, il difetto per questi è di 9200. Per le COT, con una stima prudenziale di 60 unità e con 5 infermieri per centrale, il deficit è di 2700 infermieri. Considerando la necessità di 23.000 Infermieri di Comunità, il deficit rispetto all'attuale è di 20.000 unità infermieristiche, ma il difetto maggiore si riscontra nella copertura dell'assistenza domiciliare. Considerando un fabbisogno progressivo del 10% degli over 65 con 104 ore annuali, attualmente si copre il 6% degli over 65 ma con solo 12 ore all'anno corrispondenti al 7% delle ore necessarie per coprire il target previsto. Manca quindi il 93% delle ore annuali corrispondenti a 70.000 Infermieri circa. Il totale complessivo del personale infermieristico mancante sfiora quindi le 102.000 unità.

Per quanto riguarda la presa in carico della cronicità, ove si stima un aumento di 1,4 milioni di cronici in 5 anni, il sistema mostra criticità intrinseche. In particolare non vi è chiarezza di ruoli e funzioni nei quattro *setting* di erogazione attuali (poliambulatorio ospedaliero, ambulatorio specialistico territoriale, Casa della Salute, MMG): si dovrà decidere, a livello regionale, dove far convergere le funzioni, e quindi le risorse, in un modello organizzativo che può essere a quattro

ma anche a soli tre o due punti di riferimento (Es.: solo Case della salute e ambulatorio ospedaliero). Manca l'infrastruttura digitale di comunicazione tra i livelli: ad esempio i pazienti si rivolgono a centri di eccellenza o di riferimento per malattie oncologiche e malattie rare, per lo più situati al Nord del paese, con frammentazione della presa in carico e con il fatto che il paziente deve farsi onere di far circolare le informazioni che lo riguardano tra i vari *setting* assistenziali. Il FSE è una condizione necessaria ma non sufficiente per generare comunicazione efficace fra i vari *setting* e tra l'altro mancano incentivi alla collaborazione fra professionisti per altro neppure supportata dall'infrastruttura digitale.

Per ovviare a questi problemi 8,63 miliardi sono destinati all'aggiornamento tecnologico e digitale, con rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione e analisi dei dati. Ma la trasformazione digitale e la valorizzazione dei *big data* non sono semplice ingegnerizzazione informatica ma cambio radicale della logica di progettazione. Nel sistema attuale mancano competenze specifiche, non essendo proprie né del patrimonio di *clinical competence* degli operatori sanitari né del patrimonio di *skills* manageriali-gestionali. Manca ancora una visione unitaria di come sfruttare appieno le potenzialità della *eHealth*, anche se oggi la telemedicina è entrata nell'agenda del decisore politico e sempre più medici, dopo la pandemia Covid, sfruttano le risorse del tele-monitoraggio, della tele-visita e del tele-consulento. Dalla situazione attuale, in cui il paziente cronico si rivolge al MMG per la ricetta elettronica periodica e poi si reca in farmacia per ritirare la prescrizione, si dovrà passare a una condizione in cui viene abolita la ricetta elettronica periodica sostituita da un PAI annuale e dove, attraverso procedure digitali, il paziente viene seguito nel percorso di presa in carico con funzione di controllo non più esercitata sull'acquisto del farmaco, ma sul suo reale consumo, controllando quindi l'aderenza alla terapia, fattore determinante per migliorare la prognosi. Inoltre utilizzando il sistema della tele-visita e del tele-consulento si genererà economia di scala, minimizzando il rischio di *overconsumption* da una parte, ma anche dell' *undertreatment* dell'altro.

Discussione e Conclusioni

Nell'interpretazione strategica delle linee di innovazione dei servizi si delinea da una parte la facilità d'innovare o creare nuove strutture e dall'altra la difficoltà del rinnovare processi che riguardano sia il *front Office* (ovvero come vengono

erogati i servizi) e il *back Office* (ovvero le relazioni tra i vari professionisti e tra i vari *setting* in cui essi operano). Occorrerà inventare una metrica chiara e definita per i processi quali ad esempio il tasso di presa in carico dei pazienti cronici oppure il tasso dei pazienti aderenti e complianti o quello dei pazienti che hanno un esito atteso al PDTA o al PAI rispettato.

Indispensabili cicli di *audit* tra professionisti e interaziendali, in particolare per attivare processi di filiera professionale ad esempio tra specialisti e MMG, magari con ritualità e regolarità per singolo distretto, coordinati da figure di riferimento primari. Da definire poi, ad esempio, se procedere con unico processo di *audit* su cronicità o con più processi distinti per materie e discipline (cardiologica / oncologica / nefrologica, etc). Diversi gli oggetti in discussione, magari a rotazione, ad esempio la suddivisione dei ruoli nella filiera professionale nei vari stadi di patologia, la programmazione dei PDTA e dei PAI attesi, l'analisi degli scostamenti dei consumi rispetto al programmato e il disegno strategico dei *service* erogati.

In conclusione, abbiamo bisogno di una lunga, estesa, persistente stagione di innovazione dei servizi e di sviluppo di nuove competenze. La pandemia Covid ha reso il SSN una "missione pilota" sia per la presa in carico proattiva della cronicità sia per la prevenzione e le iniziative sui sani come ad esempio lo screening, i vaccini, i cambiamenti di stile di vita. Decisivo sarà il costante *commitment* regionale, la chiarezza sugli obiettivi generali e delle tappe intermedie, lo sviluppo e lo scambio di competenze ed esperienze tra territori e regioni. Queste devono attivarsi per valorizzare i risultati conseguenti all'innovazione e allo sviluppo, mantenendo entusiasmo per il cambiamento tra i professionisti. Solo così costruiremo un meccanismo di cambiamento del *management* sanitario e apprendimento sistemico, in grado di affrontare le sfide "post-Covid" dei prossimi anni.

Riferimenti.

- Lavoro, digitalizzazione e big data. Libro bianco di Cergas-SDA Bocconi. 30 proposte per il futuro della sanità italiana. In quotidianosanità.it del 7.11.2021. In particolare: Pnrr: le sfide per il SSN di Francesco Longo
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN a cura di Agenas e Ministero della Salute. Bozza pubblicata in quotidianosanità.it il 22.11.2021

Cari Colleghi

La redazione di Nursing Foresight saluta e si congratula con gli infermieri neolaureati e con i colleghi che hanno conseguito la Laurea magistrale durante il 2021.

Ai nuovi iscritti OPI di Pavia, neolaureati nelle sessioni accademiche di Marzo e Ottobre 2021, vanno i nostri più sinceri auguri per l'inizio della loro vita professionale. E ai colleghi che hanno raggiunto il traguardo della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, congratulazioni!

Nel contesto di emergenza pandemica sono innegabili le difficoltà affrontate per completare i percorsi accademici e imprescindibili i ringraziamenti anche ai vostri formatori, docenti e tutor didattici e clinici, e direttori didattici che vi hanno accompagnato in questa avventura formativa. Auguriamo a tutti voi di utilizzare al meglio le conoscenze e le competenze acquisite e che queste possano essere spese nei contesti professionali a voi più affini e preferiti.

Auspichiamo per ognuno di voi, un cammino professionale consapevole e ricco di stimoli e soddisfazioni invitandovi, se vorrete, a partecipare attivamente alla rivista Nursing Foresight come luogo privilegiato di condivisione di esperienze e di scambio culturale e scientifico, per poter contribuire, da protagonisti, alla crescita della nostra professione.

Proprio per questo abbiamo con piacere ospitato in questo numero i contributi di alcuni di voi, Dottori in Infermieristica e Dottori Magistrali in Scienze Infermieristiche, con una riflessione sul percorso appena concluso e con uno sguardo e una riflessione al tema centrale di questo numero, con la speranza che sia l'inizio di una proficua e stabile collaborazione.

Siate sempre orgogliosi di essere infermieri!

La redazione di Nursing Foresight

Infermiere e territorio: presente, passato e futuro

Lo sguardo del collega neolaureato

Come avete affrontato questo percorso formativo? Che cosa vi ha permesso di apprendere e che cosa, a vostro avviso, avete imparato durante questo triennio accademico?

Il percorso formativo che ci ha portati a ricevere la qualifica di Infermieri è stato sicuramente molto denso e ci ha permesso di apprendere che non serve solo impegno, ma costanza e sacrificio. È stato un percorso diverso dai precedenti, a causa dell'evento pandemico verificatosi; è stata data moltissima importanza alla preparazione teorica di noi studenti, imprescindibile per chi lavora in sanità, ma anche una buona opportunità di preparazione pratica che permette di vedere tante realtà diverse. Inoltre, le esperienze di tirocinio ci hanno dato la possibilità di interfacciarci con professionisti di diversa natura e di trattenere tutte le informazioni possibili che saranno sicuramente utili per il futuro. A causa della pandemia Covid-19 siamo stati lontano dai reparti per un anno e questo ha provocato, soprattutto inizialmente, una forte sensazione di disagio in quanto convinti di non essere all'altezza. Alla ripresa però tutto si è sistemato con naturalezza, abbiamo cercato di apprendere tutte le nozioni necessarie e che fino a poco tempo prima erano chiare solamente tramite lo studio sui libri.

"L'assistenza infermieristica è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore." (Florence Nightingale) Come afferma Florence Nightingale, non esiste professione che venga esercitata senza che si abbia una forte preparazione alle spalle. Nonostante tre anni siano lunghi, un grande dubbio che ci ha accompagnato è: "Riusciremo mai ad imparare tutto per essere pronti ad entrare in reparto?" Solo al termine siamo stati in grado di rispondere a questa domanda: "No!". Per coloro che attuano la nostra professione la formazione deve essere continua e dobbiamo sempre essere aggiornati in base alle evidenze scientifiche.

Al termine dei tre anni, ci porteremo sempre nel cuore le storie dei pazienti che abbiamo incontrato, le realtà da cui arrivavano, la dolcezza e l'ammirazione che avevano per noi e per i colleghi per il lavoro che facevamo, nonostante noi fossimo

ancora tirocinanti.

Ora che siete Dottori in Infermieristica, che cosa vi aspettate dal futuro della vostra professione?

La nostra professione richiede tempo e dedizione, ci tiene impegnati di giorno e di notte, non esistono sabati, domeniche o festivi. Il tempo da dedicare a questo lavoro è tanto e allo stesso tempo però è ben ripagato grazie ai sorrisi e alla gioia che le persone con cui interagiamo mostrano tutti i giorni.

Dopo aver concluso questo Corso di Laurea siamo consapevoli di aver raggiunto un traguardo ma, allo stesso tempo, abbiamo dato il via ad una nuova gara che ha come obiettivo finale quello di raggiungere la piena autonomia professionale, senza mai dimenticare da dove siamo partiti.

Usciti dall'università si ha paura dell'ignoto, del futuro, delle responsabilità, di non avere più qualcuno che ci guarda le spalle per non farci sbagliare. Adesso bisogna diventare Infermieri indipendenti e competenti. Ora che entreremo nei reparti, potremo capire in prima persona la preparazione che richiede ogni procedura e il ragionamento dietro ogni scelta.

Oltre ad augurarci di essere degli ottimi professionisti, vogliamo essere partecipi in maniera diretta o indiretta a nuovi studi di ricerca, con lo scopo di poter garantire una maggior qualità assistenziale ai pazienti con cui interagiamo quotidianamente. Inoltre, ci auguriamo di trovare un ambiente lavorativo che possa essere per noi una seconda casa, che sia stimolante e ci permetta di crescere professionalmente e umanamente, oltre a trovare delle persone con cui condividere non solo il lavoro ma le esperienze di vita. Ci aspettiamo di trovare degli ambienti predisposti al cambiamento, all'innovazione e ai giovani.

Qual è il vostro punto di vista sull'infermiere di famiglia e di comunità? Che cosa ne pensate di questa figura professionale?

Nel percorso universitario il ruolo tra Infermiere e territorio ha avuto molte luci ed ombre e soprattutto nei primi anni di studio non si è parlato molto dello stretto legame che intercorre tra i due. Da un anno circa a questa parte però, anche grazie a incontri

e webinar, abbiamo compreso l'importanza della continuità assistenziale che deve essere garantita nel passaggio dal ricovero ospedaliero al rientro al domicilio. La finalità di questa assistenza è sicuramente quella di fornire una visione completa del paziente preso in carico e di garantire tutte le cure necessarie al mantenimento di un corretto stile di vita in base alle condizioni cliniche dell'assistito. La possibilità di avere Infermieri che lavorano sul territorio permette di migliorare l'approccio multidisciplinare, garantendo quindi anche un corretto passaggio di informazioni tra i vari professionisti.

Ad oggi l'impressione è che il territorio sia ancora poco predisposto ad una rete infermieristica che non sia prettamente ospedaliera e che, allo stesso tempo, che gli Infermieri stessi prediligano il lavoro in corsia rispetto ad un'assistenza domiciliare. Sono poche le realtà che conosciamo e che offrono questa tipologia di servizio che, invece, potrebbe essere molto vantaggiosa anche a livello di assistenza di base e prestazioni al bisogno (ad esempio iniezioni, medicazioni o terapie per pazienti cronici).

Interagire con un paziente al domicilio non è sicuramente

facile in quanto ci si ritrova all'interno del suo spazio intimo: l'assistito e i suoi familiari devono essere disposti ad accogliere i sanitari senza interporre delle barriere. Bisogna essere capaci di avere un primo approccio in maniera cauta e attenta senza invadere eccessivamente i limiti che il paziente stesso decide di porre. Un aspetto importante è il linguaggio: nel momento in cui ci si trova al domicilio il paziente è in un ambiente familiare e quindi potrebbe essere maggiormente disposto al dialogo e all'ascolto. È necessario approfittare di questa situazione per incrementare la sua compliance in tutti gli aspetti inerenti alle attività di vita quotidiana.

L'Infermiere sul territorio è quindi un'ulteriore sfaccettatura della nostra professione, che ha tutte le conoscenze teoriche e pratiche ma che deve sviluppare una miglior capacità di adattamento agli ambienti in cui si trova in quanto variano da paziente a paziente.

*Diletta Colombo
Luca Guardamagna
Giorgia Monti*

Infermiere e territorio: presente, passato e futuro

Riflessione dei colleghi neo-laureati magistrali

Come avete affrontato questo percorso formativo? Che cosa vi ha permesso di apprendere e che cosa, a vostro avviso, avete imparato durante questo biennio?

Quando ci è stato chiesto di contribuire al numero 1 della rivista *Nursing Foresight* raccontando la nostra esperienza, ci siamo sentite catapultate in un periodo per noi sicuramente molto ricco e intenso. Abbiamo dovuto fare i conti con una sfida molto importante e difficile: affrontare in prima linea il Covid-19 ed essere studentesse di fine primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università degli Studi di Pavia. In quanto operatori sanitari siamo stati chiamati ad affrontare un virus sconosciuto, con mezzi insufficienti e oppressi da uno stress lavorativo costante, in cui i decessi sono aumentati ad un ritmo esponenziale, non era possibile trovare trattamenti sicuri ed efficaci in breve tempo e la richiesta di assistenza si presentava elevatissima.

La paura era molta e l'assistenza che dovevamo erogare estremamente complessa, ma non volevamo perdere l'entusiasmo che ci aveva fatto intraprendere un percorso di laurea magistrale: abbiamo dovuto mettere in campo le nostre energie residue, sacrificando gran parte delle nostre vite per il ruolo che eravamo chiamate a ricoprire, per la nostra passione. Sapevamo che sarebbe stato impegnativo, che avrebbe richiesto dedizione e sacrificio, molto più di quanto ci eravamo immaginati. Abbiamo cercato di fare gruppo, anche se ci conoscevamo da poco, di sostenerci per raffrontare il percorso di laurea senza perdere nessuna occasione di apprendere, senza farci demotivare dalle distanze. Il percorso formativo ha influito in modo positivo all'interno di questa situazione, cercando di spronarci e farci aprire gli occhi in un contesto drammatico che tutte noi abbiamo dovuto affrontare, quello caratterizzato dalla cura dei pazienti risultati positivi al Covid-19. Abbiamo imparato a guardare il paziente in un modo diverso, consapevoli delle competenze che mettiamo in campo quotidianamente, ma non solo. Abbiamo studiato e ci siamo avvicinate sempre di più al bisogno dell'assistito – che in questo momento storico si aggrappa letteralmente a noi come professionisti e come persone – come uno dei pochi punti

di riferimento che hanno durante l'ospedalizzazione, sicuramente diversa e caratterizzata dall'isolamento – e con conseguenze significative sul malato.

È attraverso l'esperienza, e la riflessione sull'esperienza, che impariamo a relazionarci con il paziente, seppur altamente complesso e in una situazione critica e in piena emergenza sanitaria, dove la stanchezza fisica spesso e volentieri ha avuto la meglio.

A causa delle restrizioni l'assetto universitario ha necessariamente subito importanti cambiamenti: ci è mancato il contatto, la presenza in aula, la possibilità di discutere con i docenti e con il gruppo. Abbiamo però avuto la possibilità di seguire lezioni in tempo reale, con docenti disponibili al dialogo e che hanno fatto in modo che il contesto pandemico non influisse sulla qualità dell'apprendimento. Si è cercato di costruire un nuovo modo di apprendere e di insegnare, si è creato un contatto anche attraverso lo schermo di un pc o di uno smartphone.

Ora che siete Dottori Magistrali in Scienze Infermieristiche, che cosa vi aspettate dal futuro della vostra professione?

Oggi, dopo due anni, abbiamo terminato il nostro percorso e guardando indietro sappiamo che, da una parte i docenti hanno fatto il possibile per garantire competenza e conoscenza, dall'altra noi studenti abbiamo cercato di fare tesoro di ciascuna lezione e di qualunque confronto. Per quanto sia stato intenso e forte ciò che abbiamo vissuto – come professioniste e studentesse – sicuramente ad oggi immaginiamo un mondo in evoluzione, un mondo professionale che sia in grado di darci spazio, come professionisti che si stanno evolvendo sempre di più e, in un vasto panorama. Figure in grado di agire competenze specifiche in situazioni complesse mettendo in campo anche soluzioni e innovazioni basandosi sulla ricerca e le migliori evidenze, coordinando vari percorsi (assistenziali, organizzativi, formativi) col fine di rispondere al meglio ai bisogni di salute e di assistenza infermieristica e ostetrica della popolazione.

La laurea magistrale rappresenta per noi un grande motivo di orgoglio, ma soprattutto un incentivo per credere sempre

di più in questa professione, che continuiamo a scegliere quotidianamente. Ci auspichiamo che nel mondo professionale ci sia sempre più spazio per figure con competenze specialistiche e differenti. Faticiamo a volte ancora un po' a renderci conto che, nonostante tutto, abbiamo ottenuto il nostro grande e tanto atteso risultato. Non si tratta però di un punto di arrivo, ma solo di un inizio. Un percorso che si è chiuso per lasciare spazio a nuove strade, a future possibilità. Ognuno di noi ha delle peculiarità e delle caratteristiche che ci fanno credere in qualcosa – ed è giusto che vengano coltivate da noi in prima persona ma che vengano riconosciute anche dalle organizzazioni. Pertanto, questo è il nostro auspicio: che tutto possa evolvere verso un mondo professionale migliore, verso un'organizzazione che ci riconosca come professionisti della salute, con una grande responsabilità e con un grande dono... solo così avremmo veramente vinto questa grande sfida di vita.

Un assaggio di quello che potrebbero un giorno diventare a tutti gli effetti delle nostre responsabilità quotidiane è stato possibile grazie al tirocinio, che pur non essendo stato in presenza, ha rivelato i passaggi salienti della ricerca scientifica (sia di tipo quantitativo che qualitativo) e le sue finalità. Ciò che più ci auguriamo è di poter trovare gli spazi giusti e le condizioni per fare tutto questo, speriamo e crediamo che il mondo dell'assistenza e della salute in generale ricerchi le premesse e le modalità corrette per accogliere nuove figure professionali con competenze specifiche fornendo gli strumenti idonei per metterle in pratica.

Qual è il vostro punto di vista sull'infermiere di famiglia e di comunità? Che cosa ne pensate di questa figura professionale?

La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità è una figura che sicuramente ci ha permesso un'ampia riflessione sia durante il percorso formativo che tutt'ora, grazie al contesto pandemico che stiamo vivendo.

All'interno di una realtà in cui la popolazione invecchia ed ha un'età media sempre più elevata, emerge il problema della cronicità. Aumentano quindi i bisogni assistenziali e la difficoltà da parte delle strutture sanitarie di prendersene carico. Con l'intenzione di andare oltre il modello ospedalocentrico per potere organizzare al meglio l'assistenza sul territorio si introduce l'infermiere di famiglia. Questo professionista si occupa della presa in carico globale del paziente senza un limite prestabilito di tempo, **è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo lavorativo al domicilio della persona assistita e della sua famiglia.**

Per favorire questa nuova figura è necessaria una nuova ottica riguardante proprio la famiglia e la comunità che devono essere visti come ambienti influenzanti la salute attraverso l'acquisizione di determinati stili di vita e modi di vedere e gestire i concetti di salute e malattia. Con il termine comunità non si intende semplicemente un luogo fisico, ma anche

una rete di relazioni sociali significative che possono influenzare la visione di salute e malattia e in cui le famiglie rappresentano dei sottogruppi fondanti. All'infermiere è richiesto di prestare assistenza ai soggetti appartenenti a questi ambiti specifici senza slegarli dal loro contesto, ma considerandoli un tutt'uno con l'ambiente familiare e sociale di appartenenza. È importante che chi fornisce cure sanitarie primarie conosca le circostanze in cui vivono i pazienti (la loro abitazione, il contesto familiare, il lavoro e l'ambiente sociale) poiché queste possono avere un impatto notevole sul loro stato di salute.

Il professionista è in possesso di competenze infermieristiche per la promozione della salute, per la prevenzione e per la gestione dei processi di salute individuali, della comunità e delle persone nel loro ambiente familiare e di vita. Quindi la sua azione è orientata sia a sostenere lo sviluppo delle capacità personali sia a potenziare le risorse disponibili nelle comunità.

La nostra esperienza ci ha posto di fronte il grande problema della mancanza di tale figura, molto spesso i pazienti vengono dimessi senza un sicuro percorso che li faccia sentire *protetti e sicuri* anche al domicilio, soprattutto se hanno vissuto un momento di estrema solitudine nell'affrontare la malattia e la difficoltà dell'affrontare e vivere tale condizione al domicilio, in piena emergenza sanitaria dove la solitudine sembrava essere un minimo comune denominatore.

Nelle regioni dove è già stata inserita questa figura, ad esempio in Friuli-Venezia Giulia, essa è rilevante a partire da una risposta immediata alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato, riducendo significativamente gli accessi allo stesso. Tutto questo ha sicuramente un impatto significativo sulle strutture sanitarie, pressate e stremate dal momento storico che stiamo attraversando. Grazie all'approccio alla persona a cui abbiamo avuto modo di avvicinarci durante il percorso formativo, possiamo affermare che la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità è quella figura essenziale nella presa in carico dell'ammalato. Gli infermieri, infatti, grazie alla loro prospettiva olistica, sono ben preparati nel supporto dell'autocura e devono svolgere un ruolo di primo piano nell'erogazione di questi interventi educativi incentrati sulla promozione della salute.

Per affacciarsi su questi nuovi scenari all'infermiere sono richieste grandi competenze, una formazione specifica e grande capacità collaborativa, organizzativa, relazionale, assistenziale e di coordinamento che sono completamente rappresentate nella figura dell'infermiere di famiglia. Dovrà nascere un nuovo paradigma appartenente ad una disciplina infermieristica orientata alla famiglia e alla comunità quale cornice concettuale all'interno della quale i professionisti potranno muoversi per rispondere ai bisogni e per raggiungere nuovi obiettivi.

*Lisa Korelic
Sara Russo
Ida Vangone*

IL PROGETTO “INFERMIERE SCOLASTICO”

**Enrica
Maiocchi**

Presidente
“Con Voi s.c.s. Onlus” Pavia



“...Ogni scuola italiana dovrebbe avere un infermiere per la gestione degli studenti ed una infermeria o almeno una area dove poter temporaneamente isolare e curare fino al successivo arrivo dei genitori o prima dell'invio in strutture sanitarie.”

Walter De Caro
Presidente Nazionale CNAI

Il Progetto è nato dalla collaborazione fra AINS, CON VOI s.c.s. onlus, il Sindaco e la Dirigente del Plesso scolastico di San Martino Siccomario (PV).

È stato proposto a fine settembre al Consiglio Comunale di San Martino che ha deliberato immediatamente l'approvazione del progetto e lo stanziamento economico per la sua realizzazione, considerando un periodo temporale di sperimentazione di 3 mesi.

Si è deciso di partire immediatamente, l'08/10/2020. Al 31 dicembre 2020, considerati i risultati positivi, il Comune ha deciso di prorogare il progetto fino al termine dell'anno scolastico.

Il progetto è ripartito a settembre 2021 per l'intero anno scolastico.

Dal 1 dicembre 2021, l'infermiere scolastico sarà presente anche al Plesso di Cava Manara per 3 ore alla settimana su volontà e stanziamento economico del Comune di Cava Manara (PV).

COME SI È SVILUPPATO IL PROGETTO

Innanzitutto, abbiamo eseguito una ricerca sulla presenza dell'infermiere scolastico nel territorio italiano e abbiamo scoperto che in Italia possiamo trovare infermieri scolastici (tendenzialmente infermieri pediatrico) allocati pressoché nei collegi/convitti. Sono dipendenti del MIUR, in qua-

drati come A.T.A. (Amministrativo Tecnico Ausiliario).

A ottobre, quando noi abbiamo iniziato, solo un progetto simile era attivo in Emilia-Romagna; altri due progetti sono partiti subito dopo (uno in Calabria e uno in Toscana) e un altro è partito a febbraio 2021 a Bergamo.

Abbiamo redatto il progetto che prevedeva innanzitutto la distribuzione di un **Dossier Sanitario** semplice per la raccolta di informazioni sanitarie degli studenti. Lo scopo era quello sia di rilevare i bisogni di salute della popolazione scolastica ma anche di programmare gli interventi educativi.

Insieme alla Dirigente scolastica del Plesso, abbiamo condiviso una **lettera di presentazione** del progetto per i genitori. La lettera è stata poi caricata su Registro Informatico insieme ai moduli di Consenso e ai Dossier.

È stato subito allestito un **Ambulatorio Infermieristico** all'interno della scuola primaria: questo ci consente di fare un Pre-triage in caso di situazioni di emergenza/urgenza oppure di risolvere direttamente le richieste.

Alcuni infermieri della società Con Voi con “attitudine” a lavorare in progettualità e con bambini si sono offerti per lavorare al progetto e alla sua esecuzione.

I dati raccolti sono stati esaminati a fine gennaio 2021 con il Consiglio Comunale che ha deciso di **prorogare** il progetto fino a giugno 2021.



Nella tabella seguente sono riportati i principali dati dei profetti esaminati e attivi in Italia sull'infermiere scolastico.

Regione e Provincia italiana	Data avvio del progetto	Attori del progetto	Obiettivi del progetto	Ore lavorative previste dal progetto
Emilia-Romagna; Ravenna	2015	Consociazione Nazionale Associazione Infermieri	Educazione sanitaria; Sorveglianza Covid-19	25 ore settimanali
Lombardia; Pavia	Settembre 2020	Sindaco del Comune, Associazione Italiana Nursing Sociale, CON VOI Cooperativa Sociale Onlus, Dirigente Scolastico	Promozione di interventi di natura assistenziale, sanitaria ed educativa.	15 ore settimanali
Toscana; Grosseto	Novembre 2020	Azienda Sanitaria Locale	Educazione sanitaria; Supporto agli insegnanti alle famiglie; Sorveglianza Covid-19	Collaborazione telefonica durante la giornata. Previste delle giornate di accesso, ogni 2 settimane, per interventi sulla promozione della salute.
Calabria; Catanzaro	Novembre 2020	Azienda Sanitaria Provinciale	Sorveglianza epidemiologica Covid-19	35 ore settimanali

Fonte: Tesi "L'INFERMIERE NELLA COMUNITÀ SCOLASTICA: UNA INDAGINE CONOSCITIVA" di Vanessa Avenia – Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli studi di Milano – anno accademico 2019/2020



A fine anno scolastico, tutti gli infermieri hanno riportato che i destinatari del progetto sono le persone che fanno parte della scuola: studenti ma anche i docenti, i collaboratori scolastici ed il personale amministrativo della scuola. Sono persone che si avvicinano alla figura infermieristica, in primo luogo, anche per un dialogo, per avere dei consigli su comportamenti da tenere, o in caso di eventi traumatici accedendo nell'ambulatorio infermieristico della scuola. Alcuni di loro hanno avuto rapporti con le famiglie per situazioni che miravano ad ottenere il benessere dello studente.

A novembre, abbiamo iniziato gli interventi di prevenzione primaria, attraverso **11 incontri educativi**, indirizzati alle classi della scuola primaria sulla tematica relativa al Covid, organizzati insieme alla Coordinatrice delle insegnanti.

A maggio, è partito un piccolo progetto di verifica/restituzione da parte degli studenti sulla **conoscenza del ruolo dell'infermiere** (cartellone e disegni).

Ats Pavia ha deciso di effettuare il **Progetto pilota** per la validazione dei test molecolari salivari nel nostro Plesso avvalendosi della collaborazione dei nostri infermieri.

VALUTAZIONE DEI DATI

I dati (aggiornamento: Giugno 2021):

- Gli interventi infermieristici effettuati sono stati circa 100 (83 registrati) con invio a domicilio di 12 bambini e ri-

soluzione a scuola della rimanente parte (indicatore di efficacia).

- Sono stati effettuati anche diversi interventi ai docenti e ai collaboratori scolastici: l'infermiere è diventato un punto di riferimento sanitario.
- Alla scuola secondaria non sono stati organizzati incontri educativi, anche se proposti dall'infermiere ai docenti.
- Il numero di Dossier ricevuto è basso, meno del 17% della popolazione scolastica, forse per il mancato coinvolgimento iniziale dei genitori.
- Non è stato effettuato alcun intervento alla secondaria ma questo dà valore all'importanza che l'infermiere sia fisicamente presente all'interno dell'Istituto con un ambulatorio dedicato.

RISONANZA MEDIATICA

Il progetto ha avuto una forte risonanza mediatica. Sono stati mandati in onda due servizi sul progetto su due emittenti televisive (TG3 e TelePavia), numerosi articoli su giornali e riviste (La Provincia Pavese, Il Giorno, Rivista L'infermiere – FNOPI) e alcuni interventi radiofonici (My Radio Nurse, Radio Statale - The lamp).

C'è stato chiesto di collaborare con alcuni Atenei per la stesura di Tesi Laurea che trattavano questo argomento.

Il progetto è stato inoltre premiato nel giugno 2021 durante il Congresso Nazionale Itinerante FNOPI come esempio virtuoso di progettualità e professionalità.



I bisogni delle persone con patologia oncologica, la prevenzione dei tumori, la promozione della salute e l'infermieristica di famiglia e comunità: riflessioni

**Rosario
Caruso**

Presidente Associazione
Italiana Infermieri di Area
Oncologica (AI-AO)

Come noto, il Patto per la salute 2019-2021, strumento centrale per l'indirizzamento delle risorse da utilizzare all'interno del nostro sistema socio-sanitario, ha previsto che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia **"l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità"**. Questo approccio è teso a garantire la completa presa in carico integrata delle persone, dove la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, è necessaria per raggiungere la copertura dell'incremento dei bisogni di continuità assistenziale e aderenza terapeutica, soprattutto in considerazione della crescente natura epidemiologica di soggetti fragili e affetti da multi-morbilità. Dal Patto della salute 2019-2021 in avanti (DL19 maggio 2020, n. 34; Conferenza delle Regioni e delle PP.AA del 10 settembre 2020 e diversi D.G.R. nei contesti regionali), tutta la comunità infermieristica nazionale sta seguendo con molto interesse il percorso in essere che sta portando alla messa a sistema dell'**infermiere di famiglia e comunità (IfeC)**.

L'introduzione dell'IfeC non sarà un mero riconoscimento della professionalità di una specifica funzione infermieristica (l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità), ma la risposta più corretta possibile ad una reale necessità per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, al fine di continuare a garantire servizi allineati con i valori fondanti del nostro sistema, ossia universalità, uguaglianza ed equità. L'assistenza infermieristica di famiglia e comunità è, dunque, una necessità per **cogliere, documentare e gestire i bisogni di salute delle persone nelle loro comunità**. Questo consentirà dunque una **fattiva stratificazione per profili di rischio della popolazione** e, conseguentemente, **un'assistenza proattiva** basata su *prevenzione, educazione e promozione* della salute. L'assistenza proattiva dovrebbe quindi basarsi su interventi mirati alle persone sane e alla popolazione di malati (soprattutto cronici) in ogni fase della malattia. Questa azione proattiva, descritta anche come **"medicina di iniziativa"** nella quale la disciplina infermieristica è immersa sin dagli albori (la salutogenesi è nel DNA dell'infermieristica dalla sua

"nascita"), consentirebbe di **ottimizzare la gamma di prestazioni di tipo "reattivo"** (esempio l'assistenza domiciliare integrata o le cure ospedaliere), ossia di gestione classica dei problemi conclamati, ma anche di **ottimizzare i decorsi clinici delle persone con cronicità e ottimizzare lo stato di salute dei sani**. Inoltre, la professione infermieristica ha nel suo DNA anche altri aspetti fondamentali affinché i meccanismi del sistema possano muoversi armonicamente: un forte orientamento alla multi-professionalità e multidisciplinarietà, capacità di coordinamento di processi complessi e una visione di salute che sposa in modo naturale il moderno concetto di **"One health"** (salute globale), ossia una salute risultante dalle interazioni di salute umana, animale e ambientale. In sintesi, date le premesse, la comunità e noi tutti abbiamo l'aspettativa che l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità sia un vero volano di *welfare equo* e che gli IfeC siano messi in condizioni organizzative (ma anche formative) di poter essere davvero un perno del sistema di cure primarie.

In questo percorso, sul piano culturale e del libero associazionismo, l'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AI-FeC) rappresenta un po' il segna passo dello stato dei dibattiti e delle consultazioni con gli enti regolatori (Ordini) e istituzioni in senso ampio. Tuttavia, il punto di osservazione delle associazioni professionali e società scientifiche infermieristiche può essere considerato un valido carburante per far innescare il motore della co-costruzione di idee, progetti e iniziative o, per lo meno, serve ad arricchire di punti di vista specifici l'inquadramento del percorso di implementazione sistematica dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità nel nostro Paese. Per tale motivo, **all'interno della Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica (AI-AO) abbiamo iniziato a riflettere su come e quanto l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità possa impattare sui bisogni delle persone con cancro**.

Il 6% della popolazione vivente italiana (3,6 milioni di persone) ha avuto una diagnosi di tumore e le persone con diagnosi di tumore vivono all'interno della comunità! Riflettere su **"come e quanto"** l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità pos-

sa impattare sui bisogni delle persone con cancro, significa porsi almeno due domande iniziali:

a. Quali sono i bisogni di salute delle persone con diagnosi di tumore all'interno della loro comunità?

Oggi abbiamo contezza di molti bisogni che vengono intercettati, in modo più o meno sistematico, sia dagli infermieri di oncologia nei contesti di cure secondarie (ambulatoriali) e terziarie in specifiche popolazioni oncologiche di malati (al netto quindi di malattia e stadio), sia dagli infermieri di ricerca in specifiche condizioni di trattamento. Ma importanti aspetti che potrebbero fornire una fattiva stratificazione per profili di rischio della popolazione oncologica finalizzata ad un'assistenza proattiva (basata su *prevenzione, educazione e promozione* della salute) non sono *"epidemiologicamente disponibili"*, come ad esempio la rilevazione sistematica dei livelli di competenza delle persone e delle comunità nell'ottenere, gestire, comprendere, valutare le informazioni e trarne conseguenze per l'azione necessaria ad assicurare beneficio alla comunità con decisioni di sanità pubblica (**health literacy**). In tal senso, l'introduzione dell'IfFeC potrebbe rappresentare l'infrastruttura necessaria per avere informazioni di natura epidemiologica rispetto a caratteristiche (come l'health literacy, ad esempio) ad oggi poco descritte. Le informazioni epidemiologiche di queste caratteristiche sono necessarie per "disegnare" piani di *prevenzione, educazione e promozione* della salute personalizzati per specifici cluster di popolazione.

b. Quali sono gli interventi di prevenzione, educazione e promozione della salute maggiormente "urgenti" ed efficaci per la popolazione con diagnosi di tumore all'interno della loro comunità?

In questo caso, ci siamo posti una duplice domanda, poiché un conto è "l'urgenza", altro conto è l'efficacia. In merito all'urgenza di interventi di prevenzione, educazione e promozione della salute, quello che oggi sappiamo è che le persone invitate agli screening oncologici nel 2019 sono state oltre 13 milioni, mentre i test di screening effettuati sono stati meno di sei milioni (dati AIOM, 2021). Nel 2020, causa COVID, in modo non omogeneo tra le Regioni, gli screening sono stati ridotti ulteriormente e nei mesi di marzo e aprile sospesi. Si stima una riduzione degli screening oncologici (quindi della prevenzione secondaria) nel 2020 di oltre il 30%. Per cui, le azioni volte alla prevenzione secondaria sembra evidente siano molto urgenti. In questo contesto, non è da sottovalutare neanche la necessità di una buona prevenzione primaria che a livello di sistema è la grande

assente di sempre. La prevenzione primaria cerca di evitare l'insorgenza del cancro, per esempio attraverso interventi sugli stili di vita (salutogenesi) o sull'ambiente, e l'IfFeC, in tal senso, potrebbe avere una funzione chiave. Oltre alla prevenzione (primaria, secondaria, ma anche terziaria), il miglioramento del benessere della persona con diagnosi di tumore è un obiettivo perseguibile e da perseguire (promozione della salute).

In merito all'efficacia dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità su esiti di popolazione (popolazione generale e quindi anche oncologica), ci affidiamo alla letteratura. Recentissimamente (novembre 2021), è stata pubblicata una revisione sistematica di 13 studi randomizzati e controllati¹, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'introduzione di modelli che prevedono l'IfFeC (adeguatamente formati come specialisti delle cure primarie) rispetto alle cure primarie erogate esclusivamente da parte dei medici. Sono stati dimostrati effetti positivi per l'impatto degli IfFeC rispetto all'assistenza abituale (erogata e gestita solo da medici) sui seguenti outcome: 1. percezione generale dello stato di salute; 2. livelli di soddisfazione verso il sistema sanitario; 3. capacità funzionale (funzione fisica); 4. gestione corretta nella pressione arteriosa nei pazienti ipertesi; 5. riduzione dei tempi di attesa per ricevere servizi sanitari; 6. riduzione costi.

In conclusione, ultime riflessioni. All'AO, membro della Associazione Europea degli Infermieri in Oncologia (EONS), mira ad essere una realtà associativa unitaria, centro di vita professionale, luogo di riflessione, studio e approfondimento su tematiche di interesse per il *nursing* oncologico. In tal senso, proporre e ricevere riflessioni sull'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità è utile allo sviluppo del *nursing oncologico* considerando il nostro specifico interesse associativo, oltre ad essere utile in senso ampio di sistema-paese, e **auspichiamo che la "messa a sistema" dell'IfFeC sia fattiva e dia ai colleghi che svolgeranno questa funzione le possibilità di esprimere al meglio il pieno potenziale dell'Essere infermieri all'interno della rete di cure primarie**. Concludo, richiamando il titolo di un articolo pubblicato su Quotidiano Sanità² dal collega e amico presidente CNAI, Walter De Caro, **"Valorizzare la professione infermieristica, non perdiamo l'occasione: se non ora quando?"**.

¹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X21000163>
² https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=99472

Assistenza Infermieristica Pediatrica e centralità della famiglia: la Società Italiana di Pediatria Infermieristica accanto al bambino/ragazzo e alla sua famiglia

**Marisa
Bonino**

Presidente Pro-tempore della
Società Italiana di Pediatria
Infermieristica (SIPINF)
Infermiera Pediatrica

L'Infermiere Pediatrico e l'Infermiere che lavora in ambito Pediatrico sono fondamentali per il bambino/ragazzo e la sua famiglia. Mai come nell'attuale situazione sanitaria è necessario uscire dal consueto schema assistenziale, che prevede prevalentemente l'assistenza ospedaliera, e utilizzare una modalità di pratica professionale che promuova la continuità assistenziale e riconosca la centralità della famiglia (*Family Centered Care*) nella vita del bambino con problemi di salute e l'inclusione del suo contributo attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione e condivisione, sostenuto da *empowerment* e negoziazione.

I principi fondamentali della *Family Centered Care* sono:

- 1) la famiglia è la costante della vita del bambino, le strutture ed il personale sanitario sono solo delle presenze transitorie;
- 2) le strutture sanitarie promuovono la collaborazione tra famiglia e personale sanitario ad ogni livello dell'assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare: nella cura del singolo bambino come nella formazione delle scelte di politica sanitaria;
- 3) deve esserci sempre un reale scambio bidirezionale di informazioni tra famiglia e personale sanitario senza distorsioni e omissioni, ad ogni momento;
- 4) gli operatori si impegnano nel riconoscimento e nel rispetto dei punti di forza e delle caratteristiche specifiche di ciascuna famiglia (aspetti culturali, etnici, spirituali, economici...);
- 5) gli operatori si impegnano a saper riconoscere e rispettare le strategie di coping di ciascuna singola famiglia, per valorizzarle, supportarle e includerle nella pianificazione assistenziale;
- 6) il supporto tra famiglie viene incoraggiato;
- 7) le strutture e gli operatori garantiscono la maggior flessibilità ed accessibilità possibile nell'erogazione dei servizi sanitari in particolar modo per le famiglie di bambini che necessitano di cure specialistiche e croniche;
- 8) nelle attività assistenziali vengono sempre tenute presenti le emozioni, le preoccupazioni, le aspirazioni della famiglia.

Per poter mettere in atto questi principi, l'infermiere deve avere un bagaglio di capacità per potenziare quelle della famiglia nel fornire l'assistenza e metterla in grado di interfacciarsi con i diversi ambienti tera-

peutici. Buone capacità di comunicazione e di insegnamento sono essenziali per riuscire ad implementare una vera assistenza centrata sulla famiglia.

Il lavoro dell'Infermiere dell'ambito pediatrico si svolge in collaborazione con il Pediatra di famiglia e con molti altri professionisti della salute e la sinergia tra professionisti è fondamentale se si vuole raggiungere il migliore risultato possibile nella guarigione o nel raggiungimento del benessere del paziente pediatrico.

Nell'attuale panorama della sanità, la Società Italiana di Pediatria Infermieristica (SIPINF) si pone l'obiettivo di promuovere e tutelare la salute fisica e psichica del neonato, del bambino e dell'adolescente di ogni cultura ed etnia, difendendone i diritti nella società fin dal concepimento, attraverso una fattiva collaborazione scientifica, didattica, organizzativa ed assistenziale con la Società Italiana di Pediatria (SIP) secondo le linee guida del Ministero della Salute (come citato dallo Statuto SIPINF, art. 2.1 c). La nostra epoca richiede un'attenzione particolare ai bisogni delle famiglie, a domicilio e sul territorio, non solo in regime di ricovero ospedaliero, con una particolare attenzione ai nuovi bisogni di salute e di assistenza infermieristica pediatrica.

La Società Italiana di Pediatria Infermieristica (SIPINF) accoglie tutti gli infermieri pediatrici ed infermieri dell'ambito pediatrico che vogliano lavorare insieme affinché al minore sia garantito il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare dei servizi sanitari in relazione alle specifiche necessità.

Noi della SIPINF crediamo molto nell'associazione tra professionisti. La forza aggregativa che si realizza in un'associazione fa evolvere la professione, ci permette di partecipare attivamente offrendo e ricevendo contributi che possono soddisfare interessi culturali, arricchirci e vivere meglio la nostra professione.

In un'associazione si possono trovare spazi di partecipazione e di approfondimento. Ognuno di noi è portatore di un proprio patrimonio culturale ed esperienziale che può essere valorizzato mettendolo a disposizione di altri colleghi, ottenendo risultati culturali che da soli non potremmo ottenere.

L'associazione offre al professionista l'op-

portunità di ampliare lo sguardo e di potenziare il proprio bagaglio intellettuale attraverso il confronto con altri punti di vista e con colleghi di altre regioni e anche di altri paesi europei.

Pensiamo fortemente che lavorare insieme e guardare nella stessa direzione possa permetterci di offrire il meglio ai bambini/ragazzi e alle loro famiglie. Ci aspettano nuove sfide e dobbiamo farci trovare pronti.

Riferimenti Bibliografici di approfondimento

“Infermieri e Bambini” rivista on line della SISIP (Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche) *Family centered care*_L’assistenza centrata sulla famiglia di Filippo Festini, Irene Biagini_ 2009

Glasper A, Richardson J., “A textbook of Children’s and young people’s nursing”, ed. Elseiver, 2006 - - Shelton TL, Stepanek JS. Family-Centered Care for Children Needing Specialized Health and Developmental Services. Bethesda, Association for the Care of Children’s Health; 1994 Griffin T.

Family-centered care in the NICU. J Perinat Neonatal Nurs. 2006;20:98-102 Committee on Hospital Care. AAP. Family-centered care and the pediatrician’s role. Pediatrics. 2003;112:691-7 Smith T, Conant Rees HL. Making family-centered care a reality. Semin Nurse Manag. 2000;8:136-42 Palmer

DG. Family-centered care: controversies and complexities. J Perinat Neonatal Nurs. 1997;10:4-8 Hostler SL. Family-centered care. Ped Clin Nort Am 1991; 38:1 545-60

L'infermiere dei bambini nello studio del pediatra di famiglia

**Veronica
Righetti**

Infermiera

Libera professionista

Nel mio percorso formativo, subito dopo il diploma di liceo scientifico, ho frequentato il corso di laurea di Infermieristica (abilitante alla professione sanitaria di infermiere) presso l'Università degli Studi di Padova, conseguendone la laurea. Successivamente ho conseguito il Master Universitario di I livello di Assistenza Infermieristica in Area Pediatrica presso l'Università La Sapienza di Roma. Per poter svolgere al meglio mia attività sul territorio ho frequentato il Corso di Perfezionamento in Infermieristica Pediatrica Ambulatoriale e di Comunità presso l'Università degli Studi di Firenze. La mia esperienza ospedaliera è "limitata" ai periodi di tirocinio previsti nei vari corsi di studio e formazione: nel percorso di laurea triennale mi sono formata per la maggior parte del tempo nei reparti dell'adulto; durante il master, invece, ho svolto tirocinio nei reparti prettamente pediatrici (Day Hospital, TIN e Divezzi). L'esperienza lavorativa vera propria nasce e cresce (tutt'ora) sul territorio, nello specifico dell'ambulatorio di un pediatra di famiglia, con cui collaboro quotidianamente come libero professionista.

Una premessa è doverosa sul tipo di approccio da tenere con la madre e il bambino. Fondamentalmente abbiamo due punti di vista. Potremmo pensarla come Liebniz (1) che con la sua teoria della *monade solitaria* vede l'uomo come un'isola, come un essere compiuto in sé senza necessità dell'altro. Oppure possiamo pensare all'uomo come "essere in relazione" (2). Relazione che in pediatria deve essere di tipo *triassiale* (3) in cui gli attori in gioco sono 3: il bambino, l'operatore sanitario e il genitore. Da un punto di vista geometrico è ben rappresentata da un triangolo equilatero che ha lati ed angoli uguali; ad indicare che tutti gli attori in gioco hanno pari dignità, diritto e dovere. Non può mai essere bilaterale; ma l'operatore sanitario deve sempre considerare la relazione che intercorre tra il bambino e i suoi genitori, facendo un'osservazione oggettiva e accurata, libera da ogni preconcetto: deve mettersi in ascolto della madre e del suo bambino, creando quindi una *relazione*. Molto spesso la mamma dimessa dal Nido è una madre sola che si trova tra le braccia una creatura che ama incondizionatamente ma che di fatto non conosce.

E, come se non bastasse, è quasi sempre circondata da persone che la bombardano di informazioni e consigli, mettendole ancora più confusione e facendola sentire inadeguata nel suo ruolo di madre. Allora, sin dal primo contatto, noi operatori dobbiamo cercare di capire il contesto e il vero motivo per cui ci hanno chiamato. Dobbiamo *pre-occuparci*, cioè *occuparci* del bambino e quindi della madre *prima* che sia lei stessa a chiedercelo.

Una madre che può parlare e che trova qualcuno che l'ascolta si sente più sicura e in grado di affrontare al meglio le sfide che verranno con maggior serenità e sicurezza. La istruisco, la educo perché possa essere autonoma nel prendersi cura del proprio figlio, consapevole che non sarà mai sola (papà a parte!) ma avrà al suo fianco un operatore sanitario "di fiducia" sempre pronto ad aiutarla e sostenerla nelle sue scelte (4); seguendo i principi della *puericultura*, letteralmente la *cultura del bambino*, in un'ottica di pediatria preventiva.

Da questi presupposti nasce e si sviluppa il mio ruolo di infermiera all'interno dell'ambulatorio del pediatra di famiglia in cui lavoro.

Prima fra tutti risulta essenziale l'attività di *triage telefonico* che svolgo quotidianamente: i motivi di contatto sono tra i più vari ed è importante che a rispondere sia un operatore sanitario preparato e competente, che sappia dare consigli utili al genitore e consapevole delle proprie competenze: deve saper rimandare al medico, con cui ci deve essere una sinergia totale. Altra attività svolta dall'infermiere è di coadiuvare il medico nelle attività di pratica clinica quotidiana ambulatoriale.

La maggior parte del mio lavoro è dedicato alla puericultura, con particolare attenzione alla fascia 0 - 18 mesi. Al di là dei bilanci di salute di competenza medica, nel nostro ambulatorio per i nuovi nati sono previsti controlli mensili. In tale occasione viene fatta una valutazione della crescita staturo-ponderale del bambino, che diventa anche occasione di confronto con la madre su dubbi e chiarimenti di cui necessita. La maggior parte delle mamme, mi rivolge le stesse domande, che vertono soprattutto sull'allattamento e l'alimentazione del loro piccolo. Perciò

propongo loro incontri “a tema” su questi e altri argomenti, in base alle necessità del momento: gli incontri sono un ottimo strumento di informazione, condivisione e confronto. Alla fine di ogni incontro consegno a ciascuna un opuscolo creato ad hoc, una sorta di vademecum di facile e immediata consultazione. Nell'era in cui viviamo, un altro mezzo molto diffuso di comunicazione è rappresentato dai social networks che ci permettono di raggiungere più persone in poco tempo. Anche noi abbiamo la nostra pagina facebook che utilizziamo per dare informazioni sulle nostre attività, “creare eventi” sulle riunioni che faccio ma anche per pubblicare post con notizie e consigli utili di vario titolo. In modo da favorire la corretta informazione anche su queste piattaforme che troppo spesso pullulano di informazioni sbagliate e fuorvianti. Ecco che entriamo nell'ottica della pediatria preventiva, educando i genitori, prima e il bambino poi, così da poter utilizzare al meglio l'empowerment dell'intero nucleo familiare. Prevenzione e promozione della salute sono fondamentali (5) per porre le basi affinché il bambino e il nucleo familiare, possano crescere in salute; sfruttando al massimo le loro capacità di problem solving e compliance che gli permettano di affrontare in autonomia e nel migliore dei modi tutte le difficoltà che possono incontrare nel loro percorso di vita, consapevoli che c'è sempre disponibile un operatore sanitario pronto a sostenerli e ad aiutarli quotidianamente. In questo periodo di emergenza sanitaria anche il nostro modo di lavorare è cambiato. Al telefono era evidente la necessità del genitore di trovare sicurezza e conforto, e consigli sulla “gestione casalinga” della quotidianità. Gli accessi in ambulatorio sono ancora adesso contingentati, organizzati al minuto proprio per limitare i contatti tra le varie famiglie. Le riunioni, ovviamente, non sono possibili in presenza per non creare gli “assembramenti”, d'altro canto però i bambini crescono e quindi abbiamo messo in pratica l'inventiva e la capacità di adattarsi alle situazioni: gli incontri sono diventate *teleriunioni*, efficaci tanto quanto gli incontri “dal vivo”; e per quelle mamme “poco tecnologiche” il confronto è telefonico, con una telefonata di durata di un'ora in media, al di fuori degli orari di reperibilità telefonica. Nel nostro territorio, l'attività vaccinale pediatrica è affidata agli ambulatori vaccinali dei distretti; ci siamo resi disponibili come ambulatorio a vaccinare

contro il COVID i nostri pazienti ultra dodicenni, vaccineremo anche contro l'influenza e non vediamo l'ora di iniziare a vaccinare contro il COVID anche i nostri pazienti della fascia 5 - 11 anni. Anche questo rientra nell'ottica di pediatria preventiva: prevenzione e promozione della salute.

È necessario e sufficiente creare un approccio sinergico tra le varie figure professionali, che insieme lavorano per raggiungere un unico obiettivo; che come ci ha detto il Dr. Villani nel 2018 in occasione del congresso che abbiamo organizzato a Venezia sullo sport e la disabilità in età pediatrica, è quello di “aiutare a costruire la felicità”.

“Se si vuole veramente investire sul territorio lo si deve fare stabilmente e non con provvedimenti spot. In particolare c'è bisogno di un incremento del fondo dedicato all'indennità per l'assunzione del personale infermieristico, prevista nel nostro ACN, risorse esaurite da anni. Sono figure professionali il cui apporto, pensiamo solo alla presa in carico delle funzioni vaccinali ed a tutta una serie di servizi aggiuntivi a disposizione delle famiglie, si tradurrebbe in una migliore offerta assistenziale e presa in carico.”

Queste le parole dette da Paolo Biasci presidente nazionale FIMP in una intervista.

Riferimenti Bibliografici

1. Cariatì S., Monadologia, Bompiani, Milano, 2001
2. Righetti A. Psicologia e Pediatria di famiglia. Cap. 11, pagg 189-199, in Righetti PL, Santoro L, Sinatoro F, Ricca M. (A cura di) Psicologia e pediatria. Strumenti per le professioni socio-sanitarie. Franco Angeli, Milano, 2013
3. Righetti A. “Mi è nato un bambino: cosa devo fare?” La figura del pediatra come supporto alla relazione madre-bambino. Cap X, pagg 185-194, in Righetti PL, Casadei D. (A cura di) Sostegno psicologico in gravidanza. Edizioni Scientifiche Ma.Gi, Roma, 2005
4. Righetti PL, Righetti A. L'importanza della relazione nell'allattamento. Medico e Bambino, maggio 2006; 332-6
5. Art. 7 Codice Deontologico, aprile 2019

Il coordinamento dell'attività assistenziale domiciliare

Nicola Salvatore Tessitore

Infermiere
Coordinatore infermieristico
Libero professionista

Sono Tessitore Nicola Salvatore, dopo aver conseguito la laurea in Infermieristica presso la facoltà degli studi di Napoli nel 2010, attualmente sto completando un percorso di formazione avanzata di I livello con il master in management e coordinamento delle professioni sanitarie. La mia carriera lavorativa è iniziata nel 2011 presso l'U.O. di terapia intensiva post-operatoria cardiocirurgica e vascolare di un IRCCS cardiovascolare a sud di Milano, che svolgo tutt'ora. Circa 8 anni fa, in seguito alla ricerca di nuovi stimoli lavorativi, mi sono affacciato all'ambito domiciliare iniziando attività di assistenza domiciliare integrata (ADI), e da circa 8 mesi ne coordino l'attività per le province di Pavia, Lodi, Crema e Cremona.

L'ADI è un servizio offerto dalla ATS (azienda territoriale sanitaria) a tutti i cittadini che hanno bisogno di un supporto e di cure assistenziali al domicilio. Il percorso di attivazione di questo servizio inizia con la richiesta da parte del medico curante che inoltra l'impegnativa dell'attività necessaria al distretto di riferimento, il quale, in seguito ad una visita per la valutazione dell'assistito, stilerà un PAI (Piano assistenziale integrato) evidenziando i bisogni di assistenza di cui necessita. L'utente a sua volta sceglie a chi affidarsi, tra le varie società accreditate per poter usufruire dell'assistenza necessaria. La scelta della società per l'erogazione dell'assistenza necessaria viene eseguita dall'utente dopo aver ricevuto, dal personale ATS che esegue la prima visita, una lista dove vi sono elencate tutte le società presenti su quella provincia, per poter garantire la massima libertà e autonomia di scelta da parte del paziente.

I servizi offerti dalla società presso la quale lavoro sono svariati e si avvalgono della collaborazione di Infermieri, Fisioterapisti ed Operatori sociosanitari.

La mia esperienza come coordinatore di attività domiciliare della provincia di Pavia è molto ricca e variegata. Innanzitutto, la provincia di Pavia è caratterizzata da un territorio molto vasto - infatti è una delle più grandi province lombarde come estensione territoriale - e ricco di paesi piccoli, con densità di popolazione molto scarsa e molto distanti fra loro, a volte anche in zone di alta collina con servizi di trasporto molto ridotti. Questo è un aspetto che

influenza l'organizzazione dell'attività assistenziale territoriale. Per far fronte a tale criticità, cerco di agevolare gli spostamenti degli operatori che coordino, organizzandoli per aree territoriali omogenee e vicine. In tale modo, l'assistito viene raggiunto con più semplicità e in minor tempo.

L'attività di coordinamento dell'assistenza territoriale è sicuramente molto diversa dalla attività del coordinatore in ambito ospedaliero. Ad esempio, la presa in carico dell'assistito si sviluppa attraverso un colloquio con un delegato dell'ATS, spesso personale sanitario medico o infermieristico (a seconda della situazione) che, dopo visita e assessment, definisce i bisogni assistenziali della persona, pianifica la migliore strategia di assistenza, e assegna quindi la persona al professionista sanitario che meglio se ne può prendere carico. La via di assegnazione della persona al professionista sanitario avviene tramite comunicazione con e-mail e l'utilizzo di un supporto digitale, un portale online dove vengono visualizzati i PAI. Nella società per cui lavoro, a supporto della comunicazione tramite e-mail, vi è un sistema di registrazione giornaliera degli accessi eseguiti al fine di monitorare di volta in volta le attività eseguite dai vari operatori non che avere già una sorta di rendicontazione istantanea. Una delle principali criticità nel coordinare le attività di assistenza territoriale è legata all'utilizzo della via telefonica, come via di comunicazione preferenziale fra me e i vari professionisti. Questo implica necessariamente un'ottima intesa e sinergia fra me, infermieri e operatori sociosanitari, che oltre ad avere le informazioni necessarie per l'organizzazione dell'attività assistenziale giornaliera, devono, a loro volta, provvedere ad aggiornarmi sull'esecuzione e l'andamento del percorso di cura effettuato, eventuali variazioni da applicare al PAI e necessità aggiuntive. Tuttavia, l'attività lavorativa a livello domiciliare è molto soddisfacente e interessante, caratterizzata da un'elevata autonomia nella presa in carico e nella cura delle persone, con cui spesso si raggiungono importanti livelli di empatia, fondamentali per ottenere esiti di cura ottimali. Gli obiettivi assistenziali conseguiti sono ben visibili e dovuti quasi esclusivamente all'operato del professionista sanitario che

ha preso in carico la persona assistita. La mia esperienza lavorativa in ambito territoriale è molto ricca e gratificante, sia in qualità di coordinatore che come infermiere. È un contesto lavorativo molto diverso dall'ambiente ospedaliero, in cui l'infermiere, con il proprio bagaglio di competenze e di esperienze professionali e personali, entra in casa delle persone per fornire cure e assistenza, attivando un percorso di crescita reciproco, ricco di emozioni e di coinvolgimen-

to sia con la persona assistita che con tutta la famiglia. È un'esperienza che consiglierei a tutti i colleghi, che forma e plasma lo sguardo assistenziale con cui ci dedichiamo alla cura delle persone.

Ringrazio Nursing Foresight per questa opportunità di condivisione della mia esperienza lavorativa. Saluto tutti i colleghi che seguono la rivista e invito chiunque ne abbia la possibilità ad avere un'esperienza lavorativa in ambito domiciliare.

Racconto di un libero professionista...

Monica Alini

Infermiera libero professionista
Specializzata in Wound care

Basta sono stanca di lavorare in ospedale ora voglio uscire.....

Sono sempre più numerosi i colleghi che mi contattano per scambiare “quattro chiacchiere” su cosa vuol dire lavorare al di fuori di una struttura e più specificamente sul territorio. Che dire...è fondamentalmente molto diverso ed innanzitutto è necessario essere pronti ad un radicale cambio di *forma mentis*.

Ma partiamo dall'inizio. Una volta laureata ho capito fin da subito che lavorare in struttura non mi si addiceva, anche in conseguenza del mio background formativo decisamente atipico.

Ho svolto la professione di avvocato per circa quindici anni che, certamente, mi hanno portato ad affrontare il Corso di Laurea di Infermieristica con uno spirito ed un approccio leggermente diverso da quello dei miei colleghi neodiplomati. Ne hanno pagato le spese i miei docenti ai quali rendo il merito di avermi accompagnata con pazienza nei tre intensissimi anni di corso.

Avendo sempre lavorato come libera professionista (l'avvocato non può essere un dipendente) ho cercato di capire, già durante l'ultimo anno di corso, quali potessero essere gli sbocchi professionali oltre a quelli tipicamente infermieristici svolti all'interno di un ospedale.

Ho scoperto un mondo fino ad allora per me assolutamente sconosciuto che è andato ampliandosi nel corso di questi anni. All'inizio si trattava di qualche semplice chiamata per la classica iniezione intramuscolo fatta alla vicina di casa.

Poi ho iniziato a collaborare con un gruppo di medici di medicina generale desiderosi di offrire ai propri pazienti anche un servizio infermieristico presente quotidianamente.

In questo ambito mi occupavo di molte di quelle problematiche risolvibili in autonomia da un professionista non medico quali ad esempio rilevazione dei parametri, controllo glicemico, medicazioni più o meno complesse, risoluzione di bisogni fondamentali che richiedessero una valutazione complessiva della persona in quanto più legati alla necessità di avere informazioni su come muoversi sul territorio nell'ambito delle diverse istituzioni sanitarie che non di un'assistenza infermieristica diretta ed

immediata.

Proprio quest'ultima attività mi ha portato ad avviare una nuova collaborazione con una cooperativa di assistenza domiciliare integrata (ADI), poiché proprio dall'ascolto delle persone che incontravo in ambulatorio ho capito quanto fosse necessario recuperare il rapporto diretto con i pazienti e di quante fossero le persone sul territorio impossibilitate a recarsi presso centri di assistenza di qualunque livello e perciò in qualche modo escluse dal sistema sanitario pubblico.

Non è sempre facile né scontato iniziare a svolgere attività in ADI sebbene mi sia resa conto, nel tempo, che nell'immaginario collettivo di molti infermieri sembri un passaggio immediato dismettere i panni dell'infermiere di reparto e iniziare a lavorare sul territorio.

Personalmente ho iniziato sostituendo un collega che, dovendo andare in ferie per un breve periodo, mi ha chiesto di seguire i pazienti che aveva in carico presenti nel mio comune di residenza e mi ha così presentato ai responsabili della cooperativa con cui collaborava.

Forte della mia esperienza all'interno di un presidio comunque di prossimità ho pensato non fosse poi così difficile o diversa questa nuova attività...niente di più falso! L'ADI è un lavoro estremamente complesso sia dal punto di vista fisico che mentale. *In primis* bisogna imparare ad “entrare” nelle case delle persone, ognuna diversa e ognuna con un vissuto e un'intimità che le sono propri e che bisogna imparare a leggere per adeguare il proprio linguaggio e sapersi far accettare.

In domiciliare la collaborazione del paziente e/o del caregiver sono fondamentali per la buona riuscita dell'assistenza in corso, che si tratti di una medicazione avanzata, di una riabilitazione o di un processo di educazione. Nessuno di noi è presente 24 ore su 24 e molto del lavoro che porta ad un buon risultato è dato dalla sinergia che si crea con la famiglia dell'assistito.

Un altro elemento che evidenzio sempre ai colleghi che vogliono intraprendere questo percorso è: “Ricordati che a casa delle persone sarai tu e tu nel bene e nel male”.

Certo è possibile chiamare un collega più esperto, a volte si riesce a contattare il medico di base (con il quale è sempre im-

portante instaurare un buon rapporto di collaborazione, laddove fattibile) per un suggerimento, ma in concreto siamo noi lì in quel momento che dobbiamo stabilire come agire e non sempre si tratta di decisioni semplici.

Questo mi porta ad un altro argomento che mi è particolarmente caro: la formazione.

Siamo professionisti, a volte poco riconosciuti, ma siamo professionisti e come tali dobbiamo farci valere e possiamo farlo solo se siamo veramente preparati. La laurea triennale ovviamente è imprescindibile, ma non è che il primo passo. Il nostro campo di azione ormai è talmente vasto che non possiamo pensare di lavorare bene in tutti i settori con la sola formazione di base.

Dopo un primo periodo in ADI ho realizzato che la maggior parte dei casi per cui venivo chiamata aveva a che fare con problemi cutanei (attenzione ADI non significa solo ulcere è molto di più) e non necessariamente per lesioni da pressione ma di ogni genere e tipo.

Ho dovuto rapidamente prendere coscienza dei miei limiti che si traducevano a volte anche solo nel non sapere quali materiali richiedere alla cooperativa che mi forniva la farmacia e quindi a non sfruttare appieno le possibilità che mi venivano date per gestire al meglio il mio paziente.

E' stata una naturale conseguenza iscrivermi al master di specializzazione in Wound Care che mi ha portata ad essere in grado di affrontare situazioni, anche estremamente complesse, in sicurezza ed autonomia e con grandi risultati. Va da sé che quando sul territorio il lavoro viene svolto con competenza e serietà si autoalimenta.

Se inizialmente mi chiedevo: "Ma quando il paziente che sto seguendo sarà guarito ne avrò un altro? Arriverò mai ad averne abbastanza per raggiungere una retribuzione che mi permetta di sopravvivere?"

Ora non me lo chiedo più... è il lavoro che mi insegue!

Certo è che l'attività territoriale è purtroppo ancora ben poco valorizzata dal nostro sistema sanitario, almeno per quanto riguarda la Regione Lombardia.

Se da un lato si ha il vantaggio di lavorare in autonomia con libertà decisionale e di gestione degli orari, dall'altro l'attività viene remunerata in maniera troppo esigua e questo porta ad un meccanismo distorto per cui chi svolge solo ed esclusivamente ADI tende ad aumentare a dismisura il carico di pazienti a discapito del tempo che può dedicare agli stessi, tenuto conto anche del tempo necessario per gli spostamenti tra uno l'altro.

Altro problema da non sottovalutare è legato alle cooperative con cui si instaurano rapporti di collaborazione e che sono gli unici interlocutori autorizzati delle ASST.

Sul territorio ve ne sono sempre di più e, come in tutti settori

imprenditoriali, ve ne sono di più o meno serie.

Ma questo se da un lato ha un risvolto estremamente importante sullo svolgimento dell'attività infermieristica perché quanto più una cooperativa è attenta al bisogno assistenziale dell'utente finale, quanto più metterà i suoi infermieri in condizioni lavorare bene, dall'altro ha un peso diretto anche sul professionista che a volte si trova a percepire il compenso dovuto a mesi di distanza dal lavoro svolto, o a non percepirlo affatto.

Vi sono poi realtà in cui la distribuzione del carico dei pazienti è poco omogenea per cui alcuni colleghi si trovano a gestire pazienti complessi che, a fronte dello stesso compenso, richiedono un tempo di permanenza maggiore presso il domicilio ed altri che, al contrario, gestiscono situazioni più semplici ed immediate con l'indubbio vantaggio di poter passare rapidamente al paziente successivo.

Questo processo è veramente molto variabile a seconda della specifica realtà.

Data la mia specializzazione spesso vengo chiamata da privati che mi richiedono una consulenza a fronte della quale, se valuto che vi sono gli estremi per l'attivazione dell'assistenza domiciliare, spiego loro come procedere poiché comunque è necessario passare dal medico di medicina generale, sebbene poi le diverse ASST abbiano procedure leggermente diverse.

In questo senso sono certa che sarebbe molto utile per gli infermieri di territorio avere la possibilità di interloquire direttamente con i Punti ADI di riferimento.

Complessivamente trovo l'attività domiciliare e, più in generale sul territorio, estremamente formativa e gratificante perché in questa ritrovo, quotidianamente, l'applicazione concreta del concetto di cura "olistica", dovendo rispondere ai bisogni assistenziali più disparati.

Il cittadino quando diventa paziente molto spesso si sente disorientato dall'eccesso e/o dalla mancanza di informazioni che non gli permettono di capire come muoversi, in un sistema sanitario complesso e spesso distante, per trovare una soluzione al suo problema.

Lì, molto spesso, la mia presenza, le mie conoscenze, la rete imprescindibile di relazioni con i colleghi che nel tempo ho coltivato mi permettono di fare la differenza.

La pandemia non ha fatto che aumentare questo senso di isolamento e di solitudine.

Ecco perché sarebbe auspicabile una maggiore valorizzazione sia in termini di supporto organizzativo che economico dell'operato di tutti i colleghi che si impegnano quotidianamente per andare incontro alle necessità assistenziali sempre crescenti della popolazione riducendone notevolmente l'accesso a strutture complesse.

Le cure palliative: assistenza infermieristica al domicilio

Sabrina Preda

Infermiera libero professionista
Specializzata in Cure palliative

Quando mi è stata data l'opportunità di raccontare la mia esperienza professionale ero un po' titubante a causa della riservatezza che mi contraddistingue, poi ho pensato di dare spazio e visibilità all'opera di chi come me vive sul territorio la propria professione. Sono Preda Sabrina e ho intrapreso la professione infermieristica alla fine degli anni '80, la mia fu una scelta certa e sentita che mi portò ad iscrivermi alla scuola professionale A. Salaroli, di Pavia. Ho avuto guide preparate e determinanti per la mia formazione, fra cui la direttrice Suor Chiarina e la monitrice Sig.ra Rigliaco. Nel '91 mi sono diplomata e ho iniziato il mio percorso lavorativo presso l'Unità Operativa di Nefrologia presso la Fondazione Maugeri, dove sono rimasta fino al 2002. In seguito, ho alternato periodi di lavoro presso diversi ambulatori e Unità Operative: quelle esperienze professionali diversificate mi hanno permesso di capire che l'ambiente ospedaliero, ormai, mi aveva fornito tutti gli stimoli possibili che poteva darmi. Certamente, mi aveva permesso di crescere professionalmente per molti anni, ma in quel momento della mia vita professionale avevo bisogno di un cambiamento.

Il confronto con colleghi che avevano intrapreso la "Libera" e altre esperienze lavorative in ambito territoriale mi hanno portata alla decisione di cambiare radicalmente il mio percorso lavorativo: mi sono licenziata per iniziare il mio lavoro in ambito domiciliare. Era il 2006. Da allora mi trovo in questa realtà in continua evoluzione, ho intrapreso diverse esperienze con vari enti, e nel 2016 il mio percorso mi ha portato a collaborare con un'associazione specializzata nell'assistenza cure palliative domiciliari (CP), in équipe con medici palliativisti, operatori socio sanitari, e psicologi.

Il lavoro sul territorio è in continua evoluzione e molto dinamico, le giornate sono sempre molto intense e caratterizzate da una elevata variabilità di interventi, che le rende uniche e mai uguali.

Lungo il percorso ho avuto la possibilità di incontrare sempre nuove persone, colleghi, medici, e altre figure professionali con cui dialogo e confronto sono sempre costanti e costruttivi, oltre che utili per arricchire il proprio bagaglio di esperienza. Il territorio

è un mondo molto vasto e variegato, in cui le competenze infermieristiche trovano molti spazi di realizzazione e di crescita, caratterizzate da attività assistenziali semplici e complesse come ad esempio le medicazioni semplici, la somministrazione di prescrizioni terapeutiche, la sedazione terminale, la gestione e la cura dei device, l'assistenza ai pazienti affetti da patologie conico degenerative, come ad esempio SLA, Parkinson... tutte queste attività sono svolte al domicilio, in casa della persona, con tutto ciò che ne consegue.

Dall'inizio della mia esperienza lavorativa a livello domiciliare le procedure e la gestione delle attività sono molto cambiate, la parte burocratica è sempre più presente ed impegnativa, e grazie al supporto dedicatomi dai colleghi in questa realtà da prima di me, ho imparato che i principali ingredienti che concorrono al successo della nostra professione sono molteplici: la tutela lavorativa del nostro settore, soprattutto dal punto di vista legislativo, la professionalità, il nostro sapere, la nostra esperienza infermieristica e la componente umana, sono tutti fattori di fondamentale importanza per la cura delle persone a noi affidate ed nel contesto domiciliare tutto ciò si fa molto più evidente.

L'assistenza erogata a livello domiciliare si può dividere principalmente fra ADI (assistenza domiciliare integrata) e CP (cure palliative). La richiesta di attivazione di ADI viene fatta dal medico curante o dall'Unità Operativa di degenza direttamente all'ATS prima della dimissione. Tale richiesta presa in carico, viene valutata e se consona, viene confermata dall'infermiere valutatore ATS che si reca al domicilio del paziente, con l'obiettivo di decidere l'intensità assistenziale (profilo) e la durata dell'assistenza. Trattasi di processo dinamico ed in evoluzione legato allo stato di salute del paziente, che viene monitorato grazie al costante confronto tra infermiere sul territorio, coordinatore del servizio (care manager) e ATS. Essendo il voucher attivato dal medico di base, egli è il primo referente: a lui bisogna riferire ogni miglioramento/peggioramento del paziente, confrontarsi su qualsiasi problema di tipo terapeutico, aggiornandolo sul percorso dell'assistito. Il materiale o i device necessari per il processo di cura sono a carico dell'ente

erogatore, che provvede in base alla necessità a fornirli al personale infermieristico per l'utilizzo al domicilio. L'attività di ADI è quindi organizzata sulla base dell'individuazione di obiettivi, i quali, una volta raggiunti, indicano la chiusura dell'attività domiciliare, in seguito alla comunicazione dell'erogatore ad ATS.

Uno strumento molto importante per la presa in carico del paziente a domicilio è la Cartella infermieristica. La cartella, redatta dall'ente erogatore, comprende oltre al diario infermieristico e i fogli presenza, le scale di valutazione per i rischi caduta e lesioni da decubito, valutazione del dolore, autonomia nelle ADL e IADL, che vengono rivalutate ogni tre mesi. Alla chiusura del contatto a fine assistenza, la cartella viene ritirata e riconsegnata al proprio ente, dove verrà archiviata e custodita in quanto soggetta a controlli di qualità e valutazione del percorso assistenziale da parte di ATS.

Il procedimento di attivazione delle CP cambia nelle modalità: non è più ATS che attiva l'assistenza, ma la richiesta viene ricevuta direttamente dall'ente erogatore, e può essere attivata sia dal medico di base, che dai familiari o dal paziente stesso. L'ente erogatore incarica il suo valutatore che attraverso schede standardizzate definisce se il paziente possa essere preso in carico, con quale livello assistenziale e i suoi bisogni assistenziali. Il voucher di CP prevede la reperibilità telefonica e di presenza ogni giorno della settimana e in tutte le ore, sia del medico che dell'infermiere. La mia esperienza personale mi porta a riconoscere la necessità di molta elasticità mentale ed impegno anche dal punto di vista fisico per la cura dei pazienti in CP domiciliari. Le giornate sono molto impegnative, ricche di stimoli ma anche di fattori stressanti, data la complessità assistenziale dei pazienti in carico. Il numero dei pazienti assegnati ad ogni operatore non è standard ma dipende dalla disponibilità dell'infermiere e dal numero di nuove attivazioni, e per questo motivo i carichi di lavoro non sono facilmente quantificabili o prevedibili.

Siamo costantemente messi alla prova dalle possibili

difficoltà di gestione familiare dei pazienti che abbiamo in cura. Per questo motivo il contatto ed il confronto con colleghi e gli altri operatori sanitari sul territorio, è essenziale per fornire cure di qualità. Tutto ciò, però, permette alla figura infermieristica di mettere a disposizione dell'utenza tutte le conoscenze scientifiche e tecniche, unitamente alla condivisione delle strategie per una corretta gestione del setting familiare.

Una delle principali criticità che ho incontrato durante l'attività lavorativa domiciliare è stata la possibilità di accedere ai corsi di aggiornamenti e di formazione, poiché solo negli ultimi anni questo aspetto si è iniziato a sviluppare anche per l'ambito della libera professione in ambito domiciliare, ed i vari enti operanti sul territorio forniscono ai collaboratori percorsi di aggiornamento e confronto continuo. Nello specifico, ho avuto la possibilità di frequentare corsi forniti dalla piattaforma "fad in med" per l'aggiornamento dei protocolli assistenziali di base e corsi dedicati agli ambiti legislativi e burocratici organizzati dagli enti presso i quali ho lavorato.

Inoltre, ho partecipato alla formazione fornita da ATS, e all'annuale congresso nazionale SICP (Società Italiana Cure Palliative).

Dal punto di vista economico, l'attività della libera professione con l'apertura e la gestione della partita IVA è stata caratterizzata, soprattutto nei primi tempi, da una sorta di rodaggio per capire bene i meccanismi economici e il conseguente pagamento di tasse, previdenza privata e guadagno netto. In seguito, dopo aver trovato il proprio equilibrio fra il guadagno economico, l'impegno lavorativo e la soddisfazione professionale e personale, la libertà organizzativa ed il gratificante rapporto con i pazienti caratterizza in modo dominante tutto l'ambito del servizio "territoriale", per cui è veramente difficile poterne fare a meno.

Camminando si fa il sentiero

Ruggero Rizzini

Presidente Associazione
Italiana Nursing Sociale (AINS)
ODV



“Perché partire per il Centroamerica?”
“Perché partire per fare un’esperienza breve di due settimane senza conoscere nessuno, solo il posto dove andare? Ritornare a casa e convincersi che ne è valsa la pena?” “Perché creare un’associazione?” “Perché andare a cercare altro?”
“Perché?” Sono tanti i perché a cui non c’è risposta e se c’è, è una sola: Perché sì! Tutto ebbe inizio nel 1998 grazie ad un prete di Brescia, quei vecchi preti operai arcigni, tosti e sognatori, che ci fece conoscere il Guatemala. Dopo il primo viaggio creammo AINS ODV (organizzazione di volontariato) che dopo 21 anni è un gruppo eterogeneo di persone (siamo 92 soci) non tutte sanitari, ma omogeneo per quanto riguarda le idee che poi diventano progetti per promuovere la cultura della solidarietà, del dono e del bene comune da costruire ma ancora prima da custodire. Nasciamo nel 2000 anche se la prima esperienza in Guatemala risale al 1998 e dopo quel viaggio, ne avremo fatti più di quaranta, è partito l’impegno costante con azioni di contrasto alla povertà alimentare, educativa e sanitaria dove il soddisfacimento dei bisogni è olistico perché non si può, in un contesto di cooperazione concentrarsi solo, per esempio, sul bisogno di salute dimenticando di considerare la mancanza di cibo, di igiene, di una abitazione, di fognature, di acqua potabile, di un lavoro. La nostra idea di infermieristica è un’idea, ci rendiamo conto, abbastanza particolare. Per noi l’infermiere è altro e di più di quello che ci hanno insegnato e si legge sui libri. Infermieristica è, per esempio, far partire un progetto in un villaggio a

due mila metri d’altezza, dove non c’è nulla, dove si arriva dopo ore con un pickup stando sul cassone, dove l’obiettivo è acquistare pecore per il latte e la carne, per soddisfare il bisogno alimentare, creare occasioni di guadagno allevando gli animali per poi venderli e anche poter insegnare a filare la lana. Ma non solo: far partire un progetto in queste condizioni ci obbliga ad altro come per esempio a migliorare, dove possibile, la strada che porta al villaggio perché non si può aiutare le persone se non si eliminano tutte quelle situazioni che creano infermità e disagio. La salute passa anche dal coprire le buche in una strada per evitare di rompersi un piede, una gamba, una spalla. Perché rompersi una gamba per un contadino che vive a due mila metri in Guatemala, uno dei paesi più impoveriti del Centro America, significa non avere accesso gratuito ai servizi sanitari (in Guatemala il sistema sanitario è simile a quello degli Stati Uniti: ti curi se puoi pagare!), non poter lavorare e non lavorare significa non coltivare la terra e non portare a casa denaro per sfamare la famiglia. Questa è la nostra idea di infermieristica che parte da un punto fermo: la fragilità tocca tutti, prima o poi, anche chi pensa di esserne immune, per questo, vale la pena impegnarsi per far sì che si possano combattere tutte quelle condizioni che favoriscono e generano fragilità creando reti di auto mutuo aiuto



© Giuseppe Dezza



finanziando progetti utili veramente a chi è povero, non ha nulla e fatica a procurarsi quel poco che basterebbe per garantirgli tranquillità e futuro. Se partiamo dal presupposto che il sapere va condiviso, ecco spiegato il perché del nostro impegno in Guatemala dove cerchiamo di creare CONDIVISIONE. Non solo Guatemala però, perché da sempre siamo impegnati in solidarietà anche a Pavia dove il nostro impegno nasce da una copiatura. Un giorno lessi su una rivista di volontariato che in Piemonte una onlus stava realizzando un progetto semplice ma geniale: alcuni volontari avevano creato un kit contenente ciabatte, spazzolino da denti, dentifricio e un ricambio di biancheria intima da consegnare a chi, ricoverato, non aveva nulla. Chiamammo la Presidente dell'Associazione chiedendole se potevamo copiare il loro progetto. Avuto il consenso partimmo con la raccolta di materiale per realizzare dei kit adattandoli al nostro contesto per poi distribuirli dopo aver diffuso l'idea e l'informazione sul progetto. Un kit ci ha fatto capire quanta povertà c'è in chi viene ricoverato in un ospedale come è quello dove lavoro da trent'anni. Sono persone che entrano senza nulla e, spesso ci rimangono senza un ricambio di biancheria. Ma non solo questo. Un kit ci ha fatto capire quanto è importante il territorio, quanto sarebbe utile potenziare le attività sanitarie rivolte alla gente e quante domande, noi operatori sanitari non ci facciamo dando per scontato troppe cose che non lo sono affatto. Non ci chiediamo mai, ad esempio, quando la persona ricoverata va a casa, dove va, dove vive, in strada, con qualcuno? in una casa con il riscaldamento? Se mangia, cosa mangia, se sarà in grado di continuare la terapia, se riuscirà a prendere le pastiglie, se avrà qualcuno a cui chiedere aiuto, se si ricorderà di fare la medicazione, di venire alla visita di controllo. Se c'è qualcuno che lo può accompagnare, se è a casa e si sporca la medicazione se riesce a cambiarsela. Chiaro, non si può fare tutto però se non cerchiamo di dare risposte a queste domande si continuerà a intasare i Pronto Soccorso e ci si ritroverà a ricoverare chi è stato dimesso il giorno prima con costi sociali ed economici per la società. Non volendo rimanere indifferenti cercando di passare dalla protesta facile alla proposta, alcune domande come associazione, come volontari, come cittadini abbiamo iniziato a farcele e nel piccolo sul territorio abbiamo fatto cose che poi altre realtà più grandi di noi ci hanno copiato (quanto ci piace esser copiat!). A Pavia siamo stati i primi a far partire un progetto "semplice" come è stato quello dell'**infermiere di quartiere**. Due ore alla settimana un'infermiera era presente in Borgo Ticino ospiti di un'associazione di promozione sociale attiva con le persone anziane, per dare risposte, per educare e prevenire, per controllare la pressione e spiegare che provarsi la glicemia dopo aver mangiato una fetta di torta al cioccolato non aveva nessun senso. Questo progetto ci ha visti impe-

gnati per tre anni senza nessuna considerazione da parte di chi amministra nonostante i numerosi racconti sui quotidiani locali e due progetti vinti per finanziare il lavoro dell'infermiera (certe volte ci si sente veramente soli in quello che si fa però va bene così e si continua comunque). L'infermiera di quartiere ci ha fatto scoprire un mondo fatto di persone sole e abbandonate dalle istituzioni. Ma ancora peggio senza legami parenterali. Ci ha fatto scoprire l'abbandono umano da parte di altri esseri umani e anche quanto è importante il professionista infermiere se si investisse in lui, se si credesse in ciò che fa e potrebbe fare. Ci ha fatto scoprire il mondo dei senza fissa dimora. Un mondo complicato fatto di persone, tante, che vivono in strada non per volontà ma per conseguenze a cui potremmo andare incontro tutti perdendo il lavoro, gli affetti, alcune certezze. Ci ha fatto capire quanto è importante e necessario educarci, noi professionisti della salute, alla fragilità. Troppo spesso quando ci troviamo di fronte un essere umano ci concentriamo, io per primo, sul dolore, sul bisogno, sulla ricerca della domanda che ci faccia capire come risolvere quel problema. Troppo poco ci concentriamo invece su altri aspetti che potrebbero essere causa di quel problema, di quel dolore. Non è semplice fare un cambio di rotta e io sono il primo a non riuscirci però il consiglio che ci sentiamo di dare è quello di sforzarci di capire cosa c'è dietro a chi abbiamo davanti. Se non ci ponessimo problemi e non ci facessimo domande, ad esempio, non sarebbe partito, due anni fa, sul territorio di San Martino Siccomario, un altro progetto che stiamo realizzando grazie ad un lavoro in rete tra la nostra associazione, l'amministrazione comunale, la dirigenza scolastica e la cooperativa infermieristica Con Voi. Se non fosse partito il progetto dell'infermiere di quartiere, ma ancora prima le attività in Guatemala, il lavoro con i senza fissa dimora non si sarebbe rafforzata la convinzione che tutti siamo fragili e non sarebbe partito il progetto di infermieristica scolastica, degna conseguenza dell'attenzione ai bisogni sul territorio di chi ha bisogno. "Camminando si fa il sentiero" dice Antonio Machado, poeta e scrittore spagnolo. "Camminando inizia il cambiamento" diciamo noi convinti che il futuro è il territorio e tutto quello che è prossimità.



L'entusiasmo quale elemento trasversale della professione infermieristica

Dalla formazione ai luoghi di lavoro: ospedale e territorio

Franco Mancin

Infermiere Tutor Clinico
ASST di Pavia Polo Lomellino

Tempo fa ho letto che "entusiasmo" significa letteralmente "Avere *un dio dentro, una passione che brucia*". Ma, se entusiasmo, significa davvero avere un dio dentro, vuol dire allora, che è veramente un vocabolo significativo. In questo periodo storico, complicato da preoccupazioni, paure, incertezze pare che il termine entusiasmo sia quasi scomparso, se non del tutto, di certo appare spesso dimenticato, poco usato, quindi obsoleto. Ho pensato quindi, di incentrare questa mia personale trattazione sull'asse dell'entusiasmo, al fine di renderla più evidente nel tessuto professionale di cui facciamo parte. Una riflessione che mi coinvolge prima come persona, come uomo, come infermiere e come formatore clinico.

Infatti, **senza entusiasmo** la vita tende a perdere di significato, o almeno, si spegne, perdendo lucentezza e brio...

Purtroppo, anche tra i giovanissimi, l'entusiasmo pare abbia lasciato il posto alla routine, al trascinarsi tra le "solite cose", spesso scontate, che non danno energia, vitalità e che non trasmettono quel senso di conquista così indispensabile per gustare successi, comprendere insuccessi e crescere. C'è da considerare che i giovanissimi, appunto, vivono immersi in una complessa società, dove hanno vissuto e ancora vivono le limitazioni generate dalla pandemia, dove hanno assistito e assistono tutt'ora alle complicazioni legate alla politica, alla scarsa socializzazione, agli scandali economico-politici, agli scandali familiari e a quelli religiosi. Pertanto, recuperare il valore dell'entusiasmo diventa per loro, e per noi, un'impresa complessa, un'impresa a cui è necessario rivolgere l'attenzione di persone adulte, di futuri colleghi e di formatori...

"Natale è alle porte" — espressione massima dei valori cristiani, da sempre catalizzatore di sorpresa e di attesa, è anch'esso fortemente influenzato dalle restrizioni e dalle preoccupazioni legate alla diffusione del coronavirus. Quindi, anche questa attesa e questa speciale emozione entusiastica natalizia diviene minata. Forse troppo spesso, lasciamo poco spazio all'entusiasmo, aprendo ferite che spesso guariscono molto lentamente. Il pericolo di una vita professionale senza entusiasmo è sempre alle nostre spalle. Un pericolo che può rapirci può sottrarci alla crescita

rischiando di impedirci di vivere l'assistenza come elemento saliente ed irrinunciabile dell'esistenza umana.

Il ruolo dell'infermiere, oggi, si staglia non solo all'interno degli ospedali pubblici o privati, non solo nelle residenze sanitarie assistenziali, ma si orienta, sempre più velocemente, per fortuna, all'interno dei nuclei familiari. Il rischio di una destrutturazione dell'entusiasmo è però incombente e spesso si confonde bene tra le insidie della crisi che tutti noi stiamo vivendo e in modo quasi strisciante colpisce, quindi, anche gli infermieri e gli studenti. La crisi di identità professionale, di entusiasmo non è riferibile solo ai neofiti, ma spesso rischia anche di estendersi a chi già fa parte della professione da anni.

L'intero gruppo professionale, del quale facciamo parte, ha la necessità di mantenere vivo il senso del dare, dell'aiutare e del poter sempre più individualizzare il gesto infermieristico come atto personalizzato ed essenziale, che prende vita dal *to care*, prendersi cura, più che dal curare, in senso stretto. Il valore del gesto, dell'attenzione e dell'esserci, ha la necessità di ampliarsi e prendere avvio nelle case delle persone, che oggi definiamo fragili. Il *to care*, infatti, se davvero indirizzato alla persona, diviene atto nobile, solo se intendiamo la **persona come individuo irripetibile ed unico**. Solo così non possiamo mancare di entusiasmo e di magia, proprie dell'assistenza.

I cittadini, da sempre, ma oggi in maniera forte e chiara, hanno la necessità e il diritto di essere aiutati, quando possibile, all'interno delle loro case, con i loro affetti ed hanno la certa necessità di avere operatori capaci di prendersi cura di loro. E anche per questo che gli operatori, tra le competenze che debbono acquisire, devono riportare nell'asse centrale, l'importanza di diventare, sempre più, **figure di riferimento, figure di aiuto, capaci di sostenere e riavviare il significato dell'entusiasmo alla vita**. Spesso motivi per non essere entusiasti ce ne sono tanti. Tutti possiamo individuare motivi di delusione, di amarezza, di sconforto... ma noi tutti però, possiamo individuare anche motivi per gioire, per essere, per dare e per divenire.

Il ruolo dell'infermiere sul territorio è un ruolo in divenire. La professionalità dell'infermiere è pronta a pianificare interventi assistenziali, a condurre progetti educativi e a farsi carico dei problemi di salute, per soddisfare i bisogni di salute, partendo dai nuclei di salute presenti. Credo però che **l'entusiasmo professionale sia un dono da riscoprire ogni giorno, una qualità interiore, che nasce da dentro e che deve essere compresa, coltivata, accresciuta e sostenuta nel nostro vivere quotidiano**, come persone e come professionisti della salute. Senza l'entusiasmo, oggi, rischiamo di divenire robotizzati, incapaci di cogliere l'essenziale. Il tessuto ospedaliero e quello territoriale hanno perciò bisogno di trasfusioni di entusiasmo. L'entusiasmo è il motore dei processi assistenziali ed è anche la benzina della macchina che raggiunge l'utente, è perciò essenziale per muoversi ed andare avanti. Vivere la vita con entusiasmo soprattutto con sé stessi, accettandoci, perdonandoci quando necessario, credendo in noi, è indispensabile, per costruire un assetto che aiuta a prendersi cura dell'altro. È indispensabile per costituire una vita affettiva equilibrata, che ci proietta nella famiglia e anche nel lavoro. L'entusiasmo ci permette di alzarci in piedi, di camminare, anche quando crediamo che la strada sia interrotta. La passione appunto, ci fa trovare nuove strade, nuovi vicoli che ci conducono a nuovi panorami, spesso ignorati ed insperati.

Purtroppo, però, l'entusiasmo è sempre meno considerato, sempre più dimenticato e di certo, non è di moda. L'assenza di entusiasmo e di vitalità contraddistingue, spesso, purtroppo, l'uomo moderno che orienta la sua rotta per la comodità, la sicurezza economica che non tiene in considerazione alcuna, l'elemento più utile, cioè la gioia di vivere, di stare al mondo con vitalità ed entusiasmo. Spesso è facile osservare che l'orientamento più comune sia quello di raggiungere "il successo" facilmente e senza ostacoli. Invece di metterci alla prova, preferiamo prove semplici, e vincere facile, perdendo così, ogni tipo di sfida personale... di superamento di sé stessi, di accettazione di chi siamo e di quanto possiamo dare.

E a proposito di professione infermieristica?

L'entusiasmo è la base da cui partire, serve anche per perfezionarsi nei dettagli... gli aspiranti infermieri, hanno sempre più necessità di ritrovare, nel loro cammino formativo, modelli entusiastici ai quali riferirsi. L'assistenza infermieristica odierna, impegnata nella gestione pandemica, deve mantenere la sua forza, che proviene dal malato, dalla sua famiglia.

Quando comprendiamo veramente il valore della professione?

Quando forse ci riappropriamo del nostro sapere, delle competenze e riusciamo a personalizzare gli interventi, su misura e concordati con il malato. Questa progettualità, che da anni perseguiamo all'interno degli ospedali, nelle unità operative e nei servizi, dovrà sempre più decentralizzarsi ed entrare nelle case dei cittadini. Come assistente al tirocinio, come infermiere e come uomo e fruitore di competenza e prestazione sanitarie, posso riconoscere una forte valenza del ruolo dell'infermiere di oggi, forse più di ieri. Una valenza che non smetto di rivendicare, di mettere in luce, come professionista della salute.

Oggi gli infermieri posseggono già, forse, tutte le credenziali per intervenire nella gestione domiciliare dell'assisten-

za. Per formazione, l'infermiere, da sempre, interviene nei progetti educativi, nell'accompagnamento dell'utenza nel percorso di salute e di malattia, offrendo prestazioni tecnico specialistiche e relazionali. Infatti, il vero servizio che possiamo davvero offrire è sempre il frutto, prima di capacità relazionali che si fondono con interventi tecnici e non viceversa. La progettualità dell'infermiere deve assolutamente comprendere competenze assistenziali che possano spendersi all'interno delle case delle persone e non solo chiuse all'interno di ospedali, pubblici o privati che siano.

Ristabilire la competenza a partire dall'accoglienza, dall'incontro con l'utenza, dall'ascolto e dal trasmettere il sapere, per poi saper mettere in luce il saper fare, per dirigersi sull'importanza del sapere essere e sul saper divenire, sono aspetti che non debbono dimenticare l'uso diversificato dell'entusiasmo. **La figura dell'infermiere di oggi, si spinge per le necessità attuali, verso il domicilio, verso l'assistenza e le cure domiciliari.** Il territorio, costituito dall'insieme dei servizi alla persona, vede l'infermiere impegnato nell'approccio, nella cura e nel sostegno dell'uomo, anche e soprattutto, al di fuori delle canoniche istituzioni, per generare così nuovi assetti assistenziali, capaci di prendersi cura delle necessità. Il ruolo dell'entusiasmo, di cui tratto in questo argomento, diviene uno tra gli aspetti cruciali sui quali basarsi, per determinare la "creazione" del ruolo dell'infermiere di famiglia di oggi e forse di domani.

Chi riceve entusiasmo, trasmette entusiasmo, generandone di nuovo. Le qualità indispensabili per aiutare, in modo strutturato il "malato" e il suo nucleo familiare partono però, secondo me, dal nucleo di entusiasmo degli operatori dedicati all'assistenza.

La mia esperienza di infermiere da oltre trentaquattro anni, impegnato in parte con le persone malate in regime di ricovero, ed in parte come formatore, sia del personale di supporto, per gli aspetti teorici, che degli infermieri, per quanto riguarda la clinica, mi permette di delineare un quadro ove l'entusiasmo gioca un ruolo decisivo. **L'orientamento dell'infermiere verso il territorio**, si nutre di entusiasmo e con esso, può diventare trasmettitore di ulteriore entusiasmo. È necessario che la motivazione e le convinzioni intrinseche ad aiutare, rappresentino ancora una centralità negli operatori che decidono di abbracciare una professione come quella infermieristica. L'entusiasmo che nasce dai formatori, sia in aula che presso i tirocini clinici, all'interno delle équipe infermieristiche e di cura, verrà trasmesso a chi ha deciso di far parte, un giorno, di un "gruppo di assistenza". Ad esempio, i giovani iscritti ai corsi di laurea in Infermieristica sostengono molti esami specifici, ricevono informazioni scientifiche, tecniche e relazionali, etiche e giuridiche. Chi sa fortificarsi con l'entusiasmo ad assistere, lo sa diffondere all'utenza.

Ritengo però che tutte le nozioni, tutto il sapere trasmesso, debba essere sostenuto da una robusta dose di entusiasmo. È necessario trasmetterlo sempre e con costanza, se vogliamo fare crescere veramente la professione e desideriamo che la scienza infermieristica progredisca. Gli studenti hanno fortemente bisogno, di modelli entusiastici a cui ispirarsi... di modelli che permettano di sviluppare le competenze, proprio attraverso l'esempio. Di modelli a cui riferirsi, a cui attingere, per progredire, per aiutare, per comprendere il core dell'assistenza stessa. Formare, progettare, insegnare,

trasmettere senza entusiasmo è come gettare al vento parole, esempi e soluzioni, risoluzioni, intuizioni, ed emozioni...

Forse, la nostra professione rischia di sottovalutare la perdita di quell'ardore spesso necessario per comprendere e sostenere le persone di cui dobbiamo prenderci cura. Ovviamente parlo di ardore professionale, di quella forza invisibile che serve per rendere visibili i risultati in assistenza. Le famiglie e le persone hanno quanto mai necessità di avere vicino operatori capaci di ascoltare, di sostenerli, di consigliarli, di accostarli in cammini di vita spesso impervi e di solitudine.

Come pensiamo di assistere una persona nella sua totalità, se non trasmettiamo la vitalità, la gioia di vivere?

L'entusiasmo, di mettersi in cammino e ricominciare è il primo irrinunciabile passo da compiere, sia in ospedale che al domicilio.

Come pensiamo di essere di sostegno, in ospedale, o al domicilio senza un briciolo di entusiasmo?

Genericamente, le cure sul territorio dovranno riorientarsi verso un asse di centralità assoluta della persona fragile. Un percorso lungo e da ristrutturare, ove il ruolo dell'infermiere ha un posto, una collocazione.

L'opportunità **di stare vicino alla persona malata** è sempre un onore, una possibilità da cogliere in ogni momento. Certamente, assistere è *difficile, duro, impegnativo e a volte, logorante...* ma rappresenta una grande opportunità di crescita personale, umana e permette l'instaurarsi della relazione, che è sempre unica, irripetibile e trasformante.

L'assistito, la persona fragile e malata, la famiglia provata hanno bisogno di **operatori con forti dosi di entusiasmo, da cui attingere elementi di svolta, ove intravedere orizzonti di speranza...** il territorio e le persone che vivono al loro domicilio, insieme alle loro difficoltà, prima di tutto, hanno necessità di modelli positivi, di persone capaci di tramettere l'entusiasmo della vita... Anche di quella vita che rimane e che è degna di essere vissuta. L'utenza è sempre da considerarsi una grande maestra di vita, l'utenza è la nostra vera insegnante e le persone malate, possono considerarsi le nostre docenti più qualificate... professori da cui apprendere ogni istante, ogni momento, sempre!

Attraverso gli utenti possiamo scoprire mondi nuovi, nascosti e celati ai più, solo se abbiamo una dose intrinseca di slancio verso la forza della vita. Pertanto, ben vengano gli studi universitari approfonditi, sono utili e dobbiamo essere al passo con i contenuti scientifici del tempo... ma non sottovalutiamo assolutamente il ruolo dell'entusiasmo che deve essere **riscoperto, ricoltivato e sostenuto**, sia all'interno dell'iter formativo dello studente infermiere, che durante lo svolgimento della professione ai vari livelli, e nelle diversificate realtà. La professione infermieristica si affianca all'uomo, che vive nella sua casa e, con lui, impara a conoscerlo. L'entusiasmo, quindi, va ricercato proprio attraverso le attività che quotidianamente svolgiamo ritrovato negli atti, scoperto nella relazione infermiere/malato, identificato

nell'ascolto, nutrito attraverso i gruppi. Esso, se reso consapevole diviene portatore di aiuto. L'entusiasmo, in un certo senso, va reso al mondo, cioè in un certo modo, "esternalizzato", per diffonderlo e così contagiare, chi ci è vicino.

Al professionista infermiere va riconosciuto anche una remunerazione adeguata e soprattutto uno status che lo rappresenti e che ne delinei le competenze, oggi assai complesse e diversificate.

Se poi, parliamo di formazione, non possiamo mai mancare di entusiasmo. **Un formatore ricco di entusiasmo, si ricorda nel tempo e rimane dentro chi ha avuto modo di incontrarlo...** i messaggi e i contenuti scaturiti negli incontri, tra formatore e studenti, difficilmente si lacerano nel tempo. Anzi, l'entusiasmo che coinvolge lo studente o il discente, di qualunque disciplina, tende a rimanere ancorato e sviluppato proprio nel soggetto in formazione, attraverso la relazione di aiuto con il docente.

Personalmente posso affermare di ricordare l'entusiasmo di chi ha cercato di formarmi, di chi mi ha accostato, magari con cipiglio severo, ma che ha saputo coinvolgermi in una profonda, attenta e continua riflessione, rispetto al percorso che avevo deciso di intraprendere. Resta forte e chiaro che lo studente deve mettere in luce la propria volontà ad essere e a divenire, ma è fuori dubbio che se incontra modelli entusiastici, il "gioco" diviene più coinvolgente e stimolante. L'assistenza e i luoghi di cura stanno da tempo oramai cambiando. I professionisti infermieri, già entrano ed entreranno, sempre più, nelle case delle persone fragili, bisognose di assistenza infermieristica. Gli studenti hanno pertanto bisogno di modelli a cui riferirsi, da cui apprendere il senso profondo del prendersi cura. Probabilmente, gli studenti infermieri, se avranno al loro fianco, modelli entusiastici, riprodurranno un modello capace di ascoltare, di esserci, di prendersi cura nella globalità.

L'infermiere entusiasta, infatti, crede in ciò che fa e in ciò che rappresenta per la società. Sa ricercare e cercare qualcosa che possa essere utile alla persona, creando alleanze significative tra operatori. **È in cammino, possiede un metodo, lo sa creare in funzione delle necessità presenti o emergenti**, è alla ricerca di qualcosa che lo soddisfi, che nell'aiuto agli altri si chiama assistenza.

Soltanto chi sa davvero osservare, chi sa ricercare, chi si pone quesiti, più che puntuali risposte, forse saprà trovare modalità per rinnovarsi e migliorarsi, per crescere insieme all'utenza.

Soltanto chi sa individuare il proprio percorso, attraverso la relazione umana, l'ascolto, i successi e i fallimenti, saprà trasformare le difficoltà in reali opportunità, sia in ospedale che nelle case degli utenti. In ogni occasione della vita, personale e professionale, se impariamo a vestirci di forza e di entusiasmo, saremo più pronti ad affrontare e a vivere il nostro viaggio personale. Se invece ce ne priveremo, vivremo forse nell'illusione di avere vissuto, senza in fondo, averlo fatto veramente...

Luca CHIODOInfermiere, Istituto di Cura Città di Pavia,
Pavia, Italia

luca.chiodo@grupposandonato.it

Barbara BASCAPÈ, RN, MSNDirettore delle Attività Didattiche, Corso
di Laurea in Infermieristica, Istituto di
Cura Città di Pavia, Pavia, Italia**Gianluca CONTE**, RN, MSNTutor Didattico, Corso di Laurea in
Infermieristica, Istituto di Cura Città di
Pavia, Pavia, Italia

Il telenursing e le esperienze di cura a distanza: una revisione narrativa di studi qualitativi

*Telenursing and remote care experiences:
a narrative review of qualitative studies*

Abstract italiano

Introduzione

Il crescente numero di pazienti con complicazioni croniche e l'emergenza da Sars-CoV-2 hanno reso necessaria la presenza di un numero maggiore di operatori sanitari, focalizzando l'attenzione sull'erogazione di servizi assistenziali a distanza; in molti casi, infatti, il personale è fortemente impegnato sul luogo di lavoro e non vi è la possibilità di seguire adeguatamente i pazienti impossibilitati a recarsi in ospedale. La soluzione a tale problema sembra essere quella della "sanità a distanza", infatti le apparecchiature elettroniche e le applicazioni ad esse collegate stanno avendo una crescita esponenziale, poiché facilitano l'erogazione del servizio sanitario a quelle classi di pazienti che ne hanno maggiore necessità. Lo scopo di questo studio è quello di analizzare i vantaggi e i limiti del telenursing e le sue implicazioni, in termini qualitativi, per il paziente assistito al domicilio tramite videoconsulenza.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura con l'utilizzo delle banche dati CINAHL Complete, Embase e Medline. In seguito ad un processo di screening, sono stati selezionati 12 articoli.

Risultati

Dopo aver eseguito un'attenta analisi degli studi qualitativi inerenti al telenursing è risultato che la letteratura ne evidenzia diversi punti di forza, quali una maggiore efficienza nel riscontrare segni e sintomi di malattie e nell'aiutare in modo costante e tempestivo l'assistito. È stata riscontrata inoltre la necessità di una formazione specifica per il personale che si affaccia a queste nuove tecniche.

Conclusioni

La letteratura selezionata e consultata

sottolinea l'importanza ed i molti vantaggi, sia per il personale sanitario sia per i pazienti, dell'erogazione di servizi sanitari di qualità tramite telenursing anche al netto della distanza.

Parole chiave: telenursing, revisione narrativa, studi qualitativi

Abstract inglese

Introduction

The increasing number of patients with chronic complications and the emergency caused by Sars-CoV-2 have necessitated the hiring of more health professionals who will focus on providing remote care services; in fact, in many cases, the staff is heavily involved in the workplace, and there is no way to adequately follow patients who are unable to travel to the hospital. The solution to this problem appears to be "remote healthcare." In fact, electronic equipment and the applications that connect to it are growing at an exponential rate, as they make it easier to provide health services to the most vulnerable patients. The aim of this study is to look at the benefits and drawbacks of telenursing, as well as the qualitative consequences for patients who are assisted at home through video consultation.

Methods

A literature review was conducted using the CINAHL Complete, Embase and Medline databases. Following a screening process, 12 articles were selected.

Results

Following a thorough review of the qualitative studies on telenursing, it was discovered that the literature highlights various advantages, including increased efficiency in recognizing signs and symptoms of sickness and providing consistent and timely assistance to the patient. Personnel who will be using these new techniques will need to receive specialized training.

Conclusions

The literature reviewed emphasizes the importance and several benefits of providing high-quality health care through telenursing, especially over long distances, for both health care providers and patients.

Key words: telenursing, narrative review, qualitative studies

INTRODUZIONE

La telemedicina nacque nei primi anni '70 con lo statunitense Thomas Bird, il termine fu coniato per indicare l'utilizzo di pratiche mediche erogate in assenza dell'usuale confronto fisico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità adottò già nel 1997 la seguente definizione: "La telemedicina è l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura".

Parallelamente alla telemedicina, negli ultimi anni si è sviluppato anche il telenursing, definito come l'uso delle tecnologie per fornire assistenza infermieristica e condurre pratiche infermieristiche, consiste dunque nel monitoraggio remoto, tele triage, consultazioni, educazione a distanza e molto altro; in diversi contesti nel mondo costituisce già una realtà affermata, utilizzabile in ogni ambito infermieristico. Queste tecniche fanno parte dell'eHealth, che tra i suoi strumenti include diversi dispositivi elettronici come smartphone, computer, tablet e altri device utili ai pazienti per trovare informazioni complete ed aggiornate e per avere accesso alla ricerca medica, sono inoltre utili per mettersi direttamente in contatto con persone con condizioni simili o direttamente con l'equipe ospedaliera (1,2).

Il drammatico ma fattivo contributo della pandemia da COVID-19 nell'accelerare la diffusione delle metodiche di telemedicina è ben documentato: i paesi più colpiti hanno adottato strategie contro la diffusione del virus evitando assembramenti nelle sale d'attesa, al fine di proteggere al contempo operatori sanitari e pazienti più fragili (3). Nel processo di cura dei pazienti colpiti dalla pandemia da COVID-19 è stato dimostrato che la continuità nelle cure risulta importante e utile per una migliore assistenza, essa va mantenuta anche in momenti di profonda crisi per il sistema salute; gli infermieri – in prima fila fra gli operatori sanitari e numericamente il gruppo professionale più rappresentato – hanno potuto fornire assistenza sanitaria "agile" per via telematica utilizzando piattaforme di messaggistica istantanea come WhatsApp e Telegram, riuscendo così a restare sempre in contatto con i pazienti, direttamente nelle loro case (4) especially nursing. The capacity of technology can help nursing in such conditions. The aim of this study was to explore the lived experiences of patients with COVID-19 with home care by using telenursing. **METHODS** The present study is a qualitative research conducted using the descriptive phenomenological method. The participants were selected using purposive sampling method and considering the inclusion and exclusion criteria. After obtaining ethical approval, data were collected through semistructured interviews. Open-ended questions and follow-up were used in the interviews. The interviews were conducted using Skype application and telephone. All data were recorded, and MAXQDA software was used to manage the data. Data analysis was performed using Colaizzi's

seven-step method. Lincoln and Guba's criteria were used to evaluate the trustworthiness of the data. **RESULTS** The main themes and their subthemes included 'facilitators' (improvement of relationships, adequate education and counselling, adequate care and support, improvement and promotion of health. Dunque, la telemedicina risulta essere una risorsa in quanto permette la fornitura a distanza di assistenza sanitaria attraverso varie tecnologie di telecomunicazione e colma le mancanze dovute all'impossibilità di eseguire incontri face to face (2).

La telemedicina e il telenursing, nonostante i vantaggi, faticano a prendere piede nel nostro paese: la metodica è soggetta a forte diffidenza da parte sia dei pazienti di età più avanzata sia dei professionisti della salute a causa della potenziale sottrazione di autorità e responsabilità unita alla preoccupazione per gli aspetti legali di un'assistenza erogata a grande distanza. Al netto di questi spunti che dimostrano come la letteratura cominci ad arricchirsi di esperienze di telemedicina e telenursing descritte da studi di tipo qualitativo ad oggi non esistono sintesi aggiornate della letteratura che si concentrino sul mappare il fenomeno delle cure a distanza e non esiste un focus su quegli studi di natura qualitativa minando la capacità degli infermieri di comprendere il reale vissuto di pazienti e caregiver. Pertanto, l'obiettivo del presente studio è quello di sintetizzare le migliori evidenze di esclusivo tipo qualitativo in materia di telemedicina e telenursing con attenzione particolare al vissuto di pazienti e caregiver.

MATERIALI E METODI

L'ambito in cui si sviluppa questa revisione è quello dell'evoluzione e dell'utilità della telemedicina e del telenursing e di come l'intervento infermieristico possa contribuire alla crescita e al miglioramento di tale processo assistenziale. Nello specifico, il quesito di ricerca con cui interrogare le banche dati è il seguente: "quali strategie ed interventi si possono attuare, in particolare nella figura dell'infermiere, per la corretta evoluzione e per la corretta esecuzione delle pratiche assistenziali proprie dell'infermiere? Inoltre, quali metodi possono essere modificati al fine di migliorare tali processi?".

Il quesito di ricerca è stato operazionalizzato per l'identificazione delle risorse nelle banche dati in maniera differente rispetto al più classico PICO. La metodica che abbraccia in maniera più calzante l'ambito e il quesito è quella PCC mutuata dalle scoping review (e utilizzabile anche per revisioni di stampo narrativo). Le scoping review rappresentano infatti un valido metodo di sintesi della letteratura che si presenta con metodi misti e in presenza di svariate e specifiche situazioni. La differenza sostanziale tra revisioni sistematiche (operazionalizzate nel quesito con il PICO) e le scoping review è sita nel tipo di quesito di ricerca che, nel secondo caso, è più generico e richiede criteri di eleggibilità meno rigorosi.

Proprio a questo proposito viene raccomandato l'utilizzo del PCC mnemonic (Population, Concept and Context).

- POPULATION: patients, caregiver
- CONCEPT: telemedicine, telenursing
- CONTEXT: all contexts

Identificazione della fonte dei dati

Per questa revisione, la selezione relativa agli studi da includere è avvenuta seguendo il diagramma di flusso PRISMA o PRISMA flow chart, (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis).

Il PRISMA flow chart consiste in un diagramma di flusso a quattro fasi, con il fine di organizzare i risultati ottenuti:

- Identificazione: vengono selezionate le banche dati e i relativi risultati dopo una prima ricerca
- Screening: vengono esclusi i risultati non pertinenti
- Ammissibilità: vengono definiti i criteri di inclusione ed esclusione
- Inclusione: vengono selezionati gli articoli idonei

Per eseguire la ricerca sono state consultate le seguenti banche dati: Medline, Embase e Cinahl Complete.

Prima fase: identificazione

Le principali parole chiave utilizzate per la ricerca nei database sono state le seguenti: "telemedicine", "telehealth", "telenursing", "teleconsultation", "telecare", "ehealth", "caregiver", "qualitative" e "nurse".

Sono stati applicati inoltre i filtri per limitare la ricerca agli ultimi 20 anni, per la presenza di abstract e per la lingua inglese. Dopo aver ricercato nelle banche dati le stringhe di ricerca, sono stati individuati complessivamente 400 articoli, di cui nello specifico 134 su Medline, 90 su Embase e 176 su Cinahl Complete. I risultati sono stati importati nel Reference manager Zotero.

Seconda fase: screening

Durante questa seconda fase sono stati selezionati i risultati ottenuti dopo aver inserito le stringhe di ricerca. La selezione avviene tramite l'eliminazione dei risultati non pertinenti al quesito di ricerca relativamente al titolo ed eventuali risultati già presenti in altre banche dati. Secondo questi criteri sono stati esclusi 377 articoli, sono stati quindi esaminati gli abstract dei 23 risultati rimanenti e ne sono stati esclusi altri 7 perché non pertinenti. La fase di screening è stata eseguita in doppio cieco con un secondo ricercatore sfruttando il software web-based Rayyan.

Terza fase: ammissibilità

Gli articoli analizzati in questa fase sono stati 16. I criteri di inclusione per gli studi rimanenti sono stati i seguenti:

- Studi focalizzati sul telenursing, telehealth e telenursing e sul loro sviluppo ed evoluzione
- Disponibilità del full text.
- Esclusivo disegno di tipo qualitativo

Sono stati esclusi invece articoli privi di full text o non pertinenti ai motivi della ricerca. Sono stati recuperati, analizzati e letti criticamente i full text dei 16 articoli rimanenti e sono stati esaminati secondo le linee guida, al fine di valutarne la qualità e la pertinenza. Sono stati pertanto esclusi 4 articoli perché non soddisfacevano i criteri di inclusione, sono dunque stati selezionati 12 articoli per la fase di inclusione.

Quarta fase: inclusione

In questa fase sono stati inclusi gli articoli definitivi reputati idonei allo scopo della ricerca. Dei 23 articoli analizzati nella terza fase, ne sono stati selezionati 7, dopo aver visionato qualitativamente i testi integrali e averne accertato la pertinenza con il quesito di ricerca iniziale.

RISULTATI

Sono stati selezionati seguendo la metodica PRISMA 7 articoli.

In accordo con la metodologia della revisione narrativa e del quesito maturato con la metodica PCC sono state determinate tre macrotematiche:

- Tema 1: L'esperienza dei pazienti con le nuove tecniche di eHealth: il tema si caratterizza con le esperienze, le idee e i vissuti dei pazienti che sono stati sottoposti a queste nuove metodiche assistenziali.
- Tema 2: Esperienze con l'eHealth in seguito alla

pandemia da COVID-19: il tema si caratterizza con la crescita che ha avuto la eHealth in seguito alla pandemia da COVID-19.

- Tema 3: Telenursing con pazienti cronici: il tema comprende l'utilità dell'assistenza a distanza per pazienti con patologie croniche, le quali implicano la necessità di una assistenza continua.

Tema 1: L'esperienza dei pazienti con le nuove tecniche di eHealth

L'eHealth garantisce la possibilità ai pazienti e ai professionisti di rimanere in contatto durante le cure tramite metodiche quali le teleconsulenze, le chiamate e l'utilizzo di app; questo permette una migliore e continua gestione della salute del paziente (5) Cornwall, and the London Borough of Newham.

A questo proposito nello studio di Imlach F. et al. è emerso che la soddisfazione complessiva dei pazienti per la telemedicina è stata elevata; i risultati evidenziano che il 91% dei pazienti risultava essere soddisfatto dei servizi di videoconsulenza e l'86% risultava essere soddisfatto delle consulenze telefoniche, tuttavia il 29% dei pazienti sottoposti a consulti telefonici e il 36% dei pazienti sottoposti a videoconsulenza hanno espresso preoccupazione per l'impossibilità o la poca possibilità di essere sottoposti ad un esame obiettivo da parte del professionista in quanto non potevano essere esaminati fisicamente (3).

Barenfeld E. et al. hanno mostrato come i pazienti sottoposti a queste nuove pratiche, esprimono nei questionari molti commenti positivi e riferiscono sensazioni di sicurezza e di consapevolezza di poter avere sempre qualcuno vicino che possa aiutarli anche se non sono fisicamente in ospedale, inoltre constatano dei miglioramenti nella gestione degli ostacoli della vita quotidiana. In questo studio sono stati offerti molti servizi, come per esempio la possibilità di contattare direttamente i professionisti sanitari per ogni necessità, sviluppare piani e condurre valutazioni quotidiane; queste sicuramente hanno migliorato la visione della malattia da parte del paziente e hanno dato un maggiore supporto sia emotivo sia gestionale (6).

Il risultato di questi studi di Imlach F. et al. generalmente ha fornito un risultato positivo, infatti, per la maggior parte dei pazienti, la telemedicina può essere altrettanto buona se non addirittura migliore nell'assistenza di persona, soprattutto per persone con limiti fisici o geografici che faticano ad andare in ospedale per le visite; altri pazienti pensano che la telemedicina non sarà buona quanto l'assistenza tradizionale, tuttavia hanno espresso dei punti a favore come la flessibilità e la scelta di potersi organizzare con i professionisti nel modo migliore per loro e restando sempre a casa (3).

Tema 2: Esperienze con l'eHealth in seguito alla pandemia da COVID-19

A seguito dell'inizio della pandemia da COVID-19, per prevenire ed evitare la diffusione del virus è stato impostato un sistema di allerta e prevenzione: si prevedeva un lockdown per ogni persona e lavoratore che non appartenesse alla classe specifica dei "lavoratori essenziali", questi infatti potevano recarsi sul luogo di lavoro, mentre agli altri erano consentiti solo gli spostamenti di assoluta necessità.

L'utilizzo della telemedicina è definito come l'erogazione a distanza di servizi sanitari tramite la tecnologia dell'informazione e della comunicazione, include quindi videoconferenze, telefonate, messaggi di testo, e-mail e portali online. Queste pratiche sono presenti da anni e sono andate lenta-

mente aumentando all'interno delle pratiche generali, sono stati implementati i triage telefonici e i consultori ma questa non era una routine diffusa. La situazione è cambiata durante la pandemia; infatti, è stato imposto e promosso l'utilizzo della telemedicina. Questo progetto è stato sostenuto da un finanziamento governativo da 20 milioni di dollari, pratica svolta appositamente in risposta al COVID-19 (3).

È stato dimostrato dallo studio di Kord Z. et al., che il telenursing permette l'accesso ai servizi sanitari, i quali possono influenzare la condizione dei pazienti remoti con i triage, la gestione dei sintomi, l'educazione sanitaria e il controllo dell'uso degli strumenti di cura come la farmacoterapia e i vari presidi per la gestione dell'ossigenoterapia; inoltre, tramite il telenursing si possono effettuare chiamate e videochiamate anche in regioni poco accessibili fisicamente (4) especially nursing. The capacity of technology can help nursing in such conditions. The aim of this study was to explore the lived experiences of patients with COVID-19 with home care by using telenursing. **METHOD** The present study is a qualitative research conducted using the descriptive phenomenological method. The participants were selected using purposive sampling method and considering the inclusion and exclusion criteria. After obtaining ethical approval, data were collected through semistructured interviews. Open-ended questions and follow-up were used in the interviews. The interviews were conducted using Skype application and telephone. All data were recorded, and MAXQDA software was used to manage the data. Data analysis was performed using Colaizzi's seven-step method. Lincoln and Guba's criteria were used to evaluate the trustworthiness of the data. **RESULT** The main themes and their subthemes included 'facilitators' (improvement of relationships, adequate education and counselling, adequate care and support, improvement and promotion of health).

Durante la pandemia da COVID-19 moltissimi pazienti hanno cominciato ad utilizzare la telemedicina ed il telenursing e hanno avuto diversi vantaggi da queste tecniche: le app per videochiamate o messaggi di testo istantanei sono state utilizzate abbondantemente al fine di prevenire la diffusione del virus; anche i pazienti hanno affermato che l'esistenza di piattaforme e strumenti di telecomunicazione è molto efficace nell'attuazione del metodo di cura a distanza. Sono stati inoltre sottolineati i punti forti: la piattaforma Internet, l'Internet ad alta velocità e l'efficienza finanziaria. Sulla base delle conseguenze della pandemia di COVID-19, come i numerosi ricoveri, l'elevato numero di persone infette e le sfide sociali, i pazienti ritenevano che il telenursing potesse avere la capacità di facilitare la cura e il sostegno di un gran numero di loro, specialmente all'interno delle loro case (4) especially nursing. The capacity of technology can help nursing in such conditions. The aim of this study was to explore the lived experiences of patients with COVID-19 with home care by using telenursing. **METHOD** The present study is a qualitative research conducted using the descriptive phenomenological method. The participants were selected using purposive sampling method and considering the inclusion and exclusion criteria. After obtaining ethical approval, data were collected through semistructured interviews. Open-ended questions and follow-up were used in the interviews. The interviews were conducted using Skype application and telephone. All data were recorded, and MAXQDA software was used to manage the data. Data analysis was performed using Colaizzi's seven-step method. Lincoln and Guba's criteria were used to evaluate the trustworthiness of the data. **RESULT** The main themes and their subthemes included 'facilitators' (improvement of relationships, adequate education and counselling,

adequate care and support, improvement and promotion of health. Per coloro che hanno utilizzato la telemedicina nello studio di Imlach F. et al., i metodi utilizzati tra quelli proposti sono stati in ordine di preferenza: il telefono (85%), un portale o un sito Web per pazienti online (30%), la visita alla clinica (26%) e l'e-mail (15%); quasi tutti coloro che hanno utilizzato SMS e messaggistica istantanea hanno utilizzato anche uno degli altri metodi. Il metodo di contatto non varia in base all'età o al sesso. I pazienti con uno o più problemi di salute a lungo termine hanno segnalato un maggiore utilizzo di portali/siti web per i pazienti online, e-mail e visite alla clinica. Poco più della metà (54%) di coloro che hanno preso contatto lo ha fatto in più di un'occasione durante il lockdown, quindi vi è stato un incremento significativo proprio dopo l'inizio della pandemia; i motivi più comuni per rivolgersi ai medici di medicina generale sono stati problemi di routine o non urgenti (42%) tra cui vaccinazioni e certificati medici, ripetere le prescrizioni (41%), problemi urgenti o persistenti come lesioni, infezioni e dolore (39%) o condizioni di salute croniche (25%). L'infezione accertata o sospetta da COVID-19 è stata una causa di contatto per il 10% degli intervistati (3).

Questi dati dimostrano che l'utilizzo della telemedicina e telenursing ha avuto una grande crescita dopo l'inizio della pandemia, la percentuale di pazienti che ne hanno usufruito per motivi di infezioni o presunte tali da COVID-19 è stata molto bassa; è importante sottolineare inoltre che molti pazienti si sono affidati alla telemedicina anche per problematiche con carattere di urgenza, questo mostra come le persone che utilizzano queste pratiche ne traggano vantaggio e beneficio in sicurezza e serenità (3).

Tema 3: Telenursing con pazienti cronici

Nello studio svolto da Barenfeld E. et al. è stato considerato come la telemedicina per il trattamento di pazienti con patologie croniche sia stata molto utilizzata per permettere di fornire l'assistenza sanitaria necessaria durante tutto l'arco della giornata e dando così modo di colmare ogni mancanza e fornire ogni supporto necessario per il paziente. In futuro, l'assistenza sanitaria necessiterà delle cure centrate sulla persona con l'ausilio della digitalizzazione dei servizi sanitari, questa ha il potenziale per migliorare la parità di accesso alle cure e per migliorare l'efficacia delle stesse, l'accessibilità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria in pazienti con patologie croniche; ad esempio la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'insufficienza cardiaca cronica sono condizioni che influenzano negativamente la vita quotidiana di un individuo affetto ma grazie alla possibilità di contattare in modo semplice e rapido gli operatori sanitari si migliora la gestione delle cure e si allevia lo stress.

L'utilità fondamentale dell'eHealth in pazienti con patologie croniche è sicuramente la possibilità di fornire in modo continuo e senza perdite di tempo il servizio assistenziale di cui necessita il paziente. L'intervento dello studio da Barenfeld E. et al., introdotto per integrare le cure standard nei pazienti con diagnosi di BPCO o insufficienza cardiaca cronica, si mostra promettente come strategia per aumentare l'accesso e il coinvolgimento dei pazienti alle cure preventive; questi, infatti, hanno vissuto l'intervento come una misura efficace per rafforzare i processi di autogestione. Inoltre, i pazienti partecipanti hanno apprezzato la collaborazione con gli operatori sanitari (6).

Molte persone, come è dimostrato da Kozikowski A. et al., necessitano del telenursing per patologie croniche e per condizioni fisiologiche come la vecchiaia, le quali però costrin-

gono a casa queste classi sociali, basti pensare a pazienti con patologie psichiche o persone con limitazioni fisiche; tutte queste condizioni richiedono quindi un'assistenza continua e le persone che utilizzano il telenursing hanno la possibilità di risparmiare tempo per gli spostamenti all'ospedale e di ridurre i costi (2).

Recentemente, un progetto italiano chiamato TELEMedicina Ai piccoli Comuni lombardi (TELEMACO) ha fornito servizi di telegestione domiciliare per pazienti con insufficienza cardiaca cronica e broncopneumopatia cronica ostruttiva in territori selezionati con difficoltà socioeconomiche e infrastrutturali all'interno delle aree rurali della regione Lombardia. Di conseguenza, sono stati effettuati teleconsulti in cardiologia (4.830), dermatologia (51) e diabetologia (44), nonché teleconsulti in immagini digitali riguardanti casi di trauma cranico (79) e ictus (68), con una consistente riduzione dei costi e un miglioramento del processo assistenziale, oltre al beneficio della continuità delle cure. Un sistema di telegeriatria, utilizzato per gestire i pazienti geriatrici in un sito remoto, ha portato a un rapido processo decisionale in presenza di emergenze acute o subacute, riducendo i ricoveri non necessari e migliorando le competenze infermieristiche nell'assistenza.

L'uso della telemedicina e del telenursing è un importante strumento, utile per l'economia e che fornisce la stessa qualità di cure mediche e assistenziali rispetto ai metodi tradizionali in numerosi campi medici; inoltre abilita alla possibilità di consulti con i professionisti sanitari in tempi brevi e consente lo scambio di informazioni e pareri. L'eHealth permette quindi l'accesso alle cure per i pazienti che ne hanno scarsa disponibilità e ne garantisce la continuità, come per esempio nel caso di pazienti cronici con necessità di assistenza continua (7) due to the increasing number of "e-patients". OBJECTIVE This narrative review gives an overview of the growing use of telemedicine in different medical specialties, showing how its use can improve medical care. METHODSA PubMed/ Medline, Embase, Web of Science, and Scopus search was performed using the following keywords: telemedicine, teleconsultation, telehealth, e-health, and e-medicine. Selected papers from 1996 to 2014 were chosen on the basis of their content (quality and novelty).

DISCUSSIONE

Questa ricerca ha avuto come obiettivo principale quello di identificare gli aspetti positivi, quelli negativi e il vissuto dei pazienti nei confronti dell'utilizzo del telenursing e della telemedicina, oltre a raccogliere esperienze personali dei professionisti sanitari. In merito agli argomenti sopra elencati sono presenti limitate evidenze scientifiche nella letteratura in quanto le tematiche trattate sono piuttosto recenti e non particolarmente utilizzate ancora.

Negli articoli trattati e riassunti precedentemente è stato possibile capire in modo effettivo i vantaggi della eHealth: l'utilizzo del telenursing ha fornito un grande aiuto e un grandissimo supporto all'assistenza di pazienti cronici e di tutti quei pazienti che per diversi motivi, come la distanza, la mancanza di mezzi e di caregiver che si potessero prendere cura di loro e la mancanza di forza fisica che concedesse loro la possibilità di recarsi negli ospedali o nei luoghi conosciuti, non avevano la possibilità di garantirsi l'assistenza adatta alla loro situazione clinica.

È stato appurato inoltre come l'utilizzo della telemedicina e del telenursing migliori notevolmente il livello assistenziale erogato dai professionisti in quanto la loro presenza, anche se non fisica, è comunque molto importante e costante; an-

che i pazienti infatti sottolineano quanto sia importante, soprattutto a livello mentale ed emotivo, la possibilità di avere una persona presente in ogni momento della giornata che possa dare supporto per qualunque esigenza.

L'utilizzo di queste tecnologie ha avuto una crescita esponenziale nel corso della pandemia da COVID-19, in questo periodo infatti a seguito delle problematiche connesse al virus e alla necessità di restare in casa è stato necessario trovare una soluzione alternativa all'erogazione delle cure della tradizionale medicina ed infermieristica; questo problema è stato risolto con l'utilizzo di mezzi elettronici, che davano la possibilità di eliminare ogni tipo di limitazione tramite l'utilizzo di videoconferenze, messaggi di testo, email, consulti sul web e triage direttamente dal proprio computer. Dunque, si può affermare che le restrizioni imposte a causa della pandemia siano state determinanti per una rapida crescita ed evoluzione di questi metodi di infermieristica a distanza.

Anche i costi sono un grande elemento a favore di queste nuove tecnologie, infatti, permettendo agli operatori sanitari di arrivare nelle case di chiunque e viceversa, con la diffusione di queste metodiche si avrà la possibilità di eliminare o almeno limitare i viaggi e gli spostamenti per recarsi fisicamente in un luogo prestabilito, abbassando così in modo notevole i costi e aumentando i benefici e la tempestività degli interventi.

CONCLUSIONI

L'assistenza ad una persona malata è uno dei fattori che più condizionano la guarigione e/o la buona salute fisica e psichica della stessa, nei casi in cui non sia possibile fornire dei livelli assistenziali adatti al trattamento di una determinata patologia bisogna attivarsi affinché questi possano essere raggiunti; questo è l'obiettivo del telenursing e delle eHealth in generale. L'utilizzo di queste metodiche sarà utile anche nel prevenire l'insorgenza di peggioramenti a livello della salute della persona dovuti dalla scarsa assistenza fornita.

Tra le principali soluzioni ci sono l'utilizzo e l'evoluzione di moltissimi dispositivi e applicazioni sanitarie che possono favorire lo scambio di informazioni e dati medici, la possibilità di avere dei confronti in tempo reale senza la necessità di prendere appuntamento e anche con metodi molto rapidi come videoconsulenze o consulenze telefoniche.

Dalle ricerche è emerso come l'utilizzo di queste tecnologie di teleconsulto abbia portato a miglioramenti anche nello stile di vita dei pazienti cronici e di pazienti affetti da patologie che ne limitano la possibilità di movimento e spostamento, con il vantaggio del minor tempo impiegato e della minor spesa.

Sono state osservate le esperienze dei pazienti ed è stato notato come molti abbiano dato un riscontro decisamente positivo riguardo l'utilizzo del telenursing e abbiano avuto dei vantaggi da questo tipo di trattamenti, identificando la metodica come una alternativa valida alle cure tradizionali.

I maggiori svantaggi sono stati correlati alla disinformazione legata all'argomento da parte dei pazienti e degli operatori sanitari stessi, come anche la titubanza e riluttanza generati da una metodologia sconosciuta in quanto vi era mancanza di risultati da considerare e valutare; i pazienti, soprattutto, non conoscendo questo metodo alternativo non erano particolarmente incoraggiati nell'adozione e quindi avrebbero preferito sfruttare metodiche più tradizionali.

Questa riluttanza è stata superata per cause di forza maggiore a causa della pandemia da COVID-19, infatti la eHealth ha avuto una grande crescita di utilizzo tra pazienti e sanitari e ha subito un grande sviluppo a livello di tecnologie utilizzate e migliorie per ottimizzare il sistema e promuoverlo, ottenendo

il vantaggio di limitare i contatti tra le persone e quindi limitare la propagazione del virus.

Ad oggi la necessità più grande per ottenere risultati sempre migliori e crescenti è quella di promuovere la eHealth in modo tale da renderla conosciuta e fare in modo che la gente riesca a non avere dubbi o preoccupazioni inerenti al successo e alla buona organizzazione di un sistema salute a distanza. In questo scenario, gli infermieri rappresentano la figura chiave dell'evoluzione in quanto sono la figura con cui il paziente si relaziona maggiormente e seguono in modo più vicino il percorso clinico di una persona.

Studi futuri in questo ambito ed una presa di coscienza della comunità scientifica, dei professionisti coinvolti nell'assistenza e dei policy-makers hanno il potenziale di rivestire il telenursing di una nuova e matura aura, costituendo una solida alternativa al lavoro dell'infermiere (al netto dei limiti noti dell'approccio di cura a distanza) con evidenti benefici per la cura e la sopravvivenza dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Townsend A, Leese J, Adam P, McDonald M, Li LC, Kerr S, et al. eHealth, Participatory Medicine, and Ethical Care: A Focus Group Study of Patients' and Health Care Providers' Use of Health-Related Internet Information. *J Med Internet Res*. 2015 Jun 22;17(6):1.
2. Kozikowski A, Shotwell J, Wool E, Slaboda JC, Abrashkin KA, Rhodes K, et al. Care Team Perspectives and Acceptance of Telehealth in Scaling a Home-Based Primary Care Program: Qualitative Study. *JMIR Aging*. 2019 Jun 2;2(1):1.
3. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract*. 2020 Dec 13;21(1):1–14.
4. Kord Z, Fereidouni Z, Mirzaee MS, Alizadeh Z, Behnam-moghadam M, Rezaei M, et al. Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2021 Jun 29; Available from: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/telenursing-home-care-covid-19-qualitative-study/docview/2546978222/se-2?accountid=31590>
5. MacNeill V, Sanders C, Fitzpatrick R, Hendy J, Barlow J, Knapp M, et al. Experiences of front-line health professionals in the delivery of telehealth: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2014 Jul;64(624):e401–7.
6. Barenfeld E, Ali L, Wallström S, Fors A, Ekman I. Becoming more of an insider: A grounded theory study on patients' experience of a person-centred e-health intervention. *PloS One*. 2020;15(11):1.
7. Di Cerbo A, Morales-Medina JC, Palmieri B, Iannitti T. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:65–75.

Tabella 1. Descrizione delle caratteristiche principali degli studi inclusi nella revisione

Autore, titolo e anno di pubblicazione	Scopo	Popolazione/area geografica e disegno dello studio	Risultati
Townsend et al. eHealth, Participatory Medicine, and Ethical Care: A Focus Group Study of Patients' and Health Care Providers' Use of Health-Related Internet Information. 2015	Analizza la crescita e l'utilizzo dell'ehealth, dei dispositivi associati e delle informazioni a sostegno di questo metodo	18 pazienti e 14 operatori sanitari Canada Studio qualitativo	I risultati di questi focus group indicano implicazioni pratiche ed etiche dell'utilizzo delle ehealth nella cura delle malattie croniche, poiché le esigenze di cura e le relazioni paziente-operatore sanitario si evolvono con la tecnologia.
Kozikowski et al. Care Team Perspectives and Acceptance of Telehealth in Scaling a Home-Based Primary Care Program: Qualitative Study. 2019	Ottenere informazioni e consensi all'utilizzo della telemedicina e telenursing come assistenza a distanza	Anziani costretti a casa Stati Uniti Studio qualitativo	Evidenza come ottenere una maggiore comprensione delle prospettive della telemedicina e i risultati che essa fornisce a livello assistenziale
Imlach et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. 2020	Mostra come la pandemia da COVID-19 abbia agevolato l'utilizzo e l'evoluzione delle pratiche di telemedicina e telenursing	Pazienti durante la pandemia da COVID-19 Nuova Zelanda Studio qualitativo	Questa ricerca ha dimostrato il potenziale delle consultazioni di telemedicina (telefonica e video) per aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria e fornire servizi validi quanto le visite di persona
Kord et al. Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. 2021	Analizza le esperienze vissute dai pazienti malati di COVID-19, assistiti tramite assistenza domiciliare	Pazienti affetti da COVID-19 Iran Studio qualitativo	Viene mostrato come l'utilizzo del telenursing in pazienti affetti da COVID-19 possa essere efficace per l'evoluzione di questa pratica e come possa essere una nuova base per i processi assistenziali futuri
MacNeill et al. Experiences of front-line health professionals in the delivery of telehealth: a qualitative study. 2014	Utilizzo della tecnologia per facilitare diagnosi, migliorare processi assistenziali e la possibilità di risposta in tempi brevi del sistema sanitario	32 professionisti sanitari di prima linea Regno Unito Studio qualitativo	Mostra le opinioni positive degli infermieri e sullo sviluppo professionale, mentre i medici hanno accolto con cautela questi metodi

Barenfeld et al. Becoming more of an insider: A grounded theory study on patients' experience of a person-centred e-health intervention. 2020	Utilizzo dell'ehealth concentrato sulla persona, per migliorare gli aspetti assistenziali	Pazienti affetti da BPCO e da insufficienza cardiaca cronica Svezia Studio qualitativo	si osserva come il processo assistenziale possa essere erogato anche a distanza e come questo sia stato favorevole per i pazienti
Di Cerbo et al. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. 2015	Mostra una panoramica sull'uso crescente della telemedicina in diversi ambiti sanitari	Aree cliniche Revisione letteratura	La telemedicina è efficace in termini di tempo e costi, fornendo cure a pazienti con difficoltà di accesso ospedaliero, garantendone le cure



PRISMA 2009 Flow Diagram

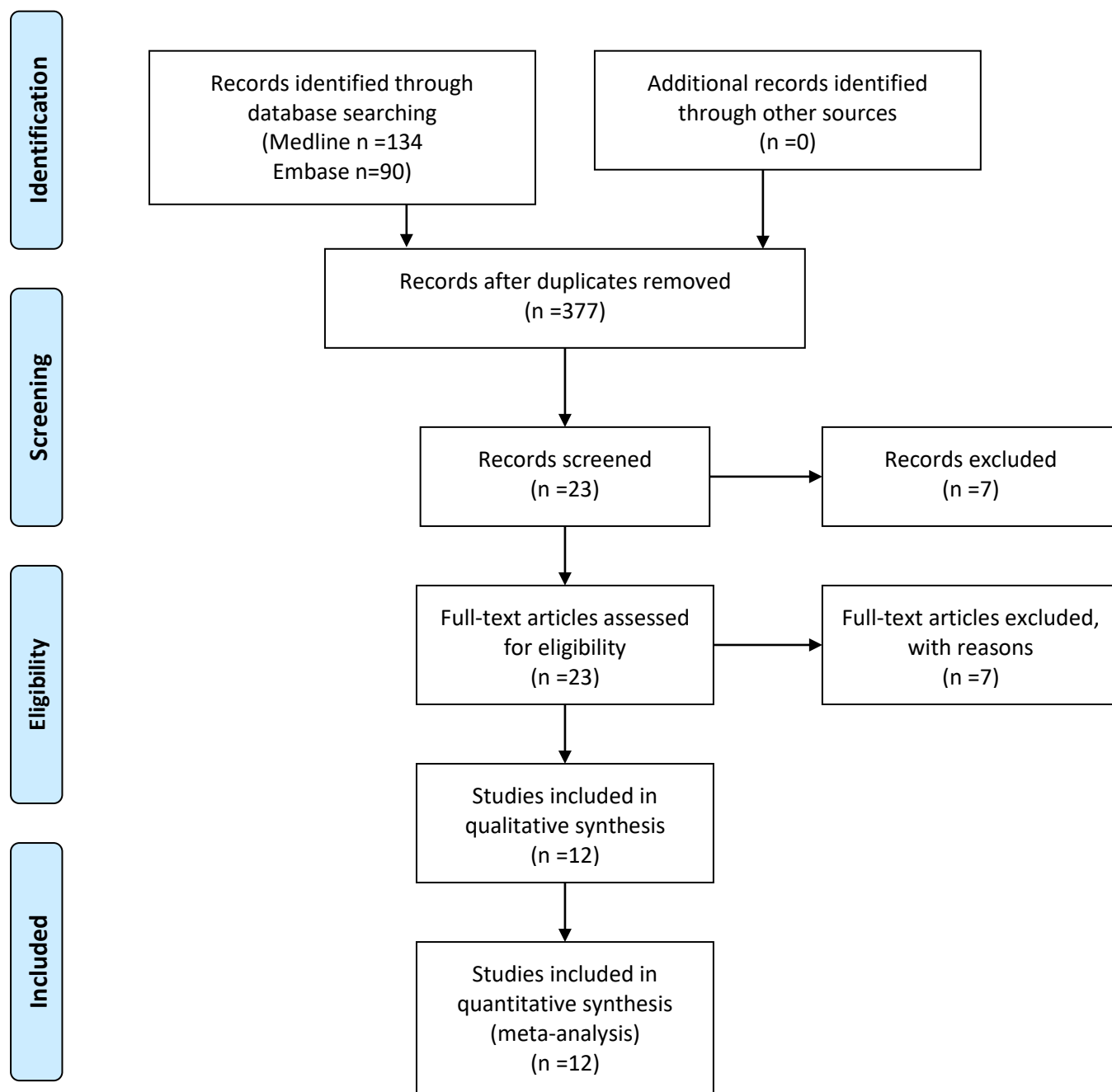


Figura 1: Flow chart

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Diletta COLOMBO

Infermiera libero professionista

dilettacolombo.dc@gmail.com

Maria Grazia MERLO

Direttore delle attività didattiche Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione IRCCS San Matteo, Pavia, Italia

Simona BESOSTRI

Tutor Didattico, Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione IRCCS San Matteo, Pavia, Italia

Vissuto dei familiari di bambini in cure palliative pediatriche domiciliari: una revisione qualitativa

Experiences of family members of children in pediatric palliative home-care: a qualitative review

Abstract italiano

Introduzione

Quando una famiglia aspetta un bambino, prima o dopo la nascita, può scoprire di doversi confrontare con una patologia life-limiting che comporta dei bisogni specifici e complessi. Questo può tradursi nell'inserimento in un percorso di cure palliative pediatriche (CPP), un tipo di assistenza recente e che si sta muovendo sempre di più in direzione delle cure domiciliari. La famiglia è interamente coinvolta nel caring del bambino terminale e deve imparare a costruire un nuovo assetto familiare e a interfacciarsi con l'équipe multidisciplinare, di cui l'infermiere è un tassello fondamentale. Lo scopo di questo studio è quindi quello di indagare e mettere in luce il vissuto esperienziale delle famiglie di bambini in CPP domiciliari.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione qualitativa della letteratura tramite il motore di ricerca Google Scholar e le banche dati PubMed e Scopus. Dal processo di screening sono stati inclusi 6 articoli.

Risultati

In seguito a un'analisi dettagliata degli studi inclusi è risultato che la letteratura, ancora scarsa riguardo l'argomento, fa emergere i punti di forza derivati dall'assistenza domiciliare nel percorso di cure palliative pediatriche, come la possibilità di avere un forte supporto familiare, mantenere le proprie abitudini e le proprie relazioni. È emersa anche l'importanza del team multidisciplinare sia per avere un'ottimale assistenza per il bambino che per alleviare la famiglia del carico di lavoro derivante dal caring full-time. Sono emersi anche i punti di debolezza derivanti dalle forti emozioni negative che questo percorso comporta.

Conclusioni

Gli articoli selezionati hanno messo in

luce le esperienze dei familiari di bambini in CPP domiciliari sottolineandone gli aspetti positivi e negativi.

Parole chiave: cure palliative pediatriche, esperienza dei pazienti, studi qualitativi

Abstract inglese

Introduction

When a family is expecting a baby, either before or after birth, they may find that they have to find themselves with a life-limiting pathology which involves specific and complex needs. This can result in the inclusion in a path of pediatric palliative care (CPP), a type of recent assistance that is increasingly moving towards home care. The family is entirely involved in the care of the dying child and must learn to build a new family structure and to interface with the multidisciplinary team, of which the nurse is a fundamental element. The aim of this study is therefore to investigate and highlight the experience of the families of children in home CPP.

Methods

A qualitative review of the literature was conducted via the Google Scholar search engine and the PubMed and Scopus databases. 6 articles were included from the screening process.

Results

Following a detailed analysis of the included studies, it emerged that the literature, still scarce on the subject, highlights the strengths derived from home care in the path of pediatric palliative care, such as the possibility of having strong family support, maintain their habits and relationships. The importance of the multidisciplinary team also emerged both for providing optimal care for the child and for relieving the family of the workload resulting from full-time caring. The weaknesses deriving from the strong negative emotions

that this path entails also emerged.

Conclusions

The selected articles highlighted the experiences of family members of children in home CPP, underlining their positive and negative aspects.

Key words: pediatric palliative care, parents experience, qualitative study

INTRODUZIONE

Le cure palliative sono intese come l'insieme delle cure farmacologiche e non, fornite in modo olistico da un'equipe multidisciplinare, non ritardano né accelerano la morte e provvedono al sollievo fisico, psicologico, sociale e spirituale della persona inguaribile (1). Sebbene questo non sia stato preso in considerazione per moltissimo tempo, anche i bambini possono necessitare di questo tipo di cure, che prendono il nome di cure palliative pediatriche (CPP), e includono il supporto attivo alla famiglia del bambino (2).

Le patologie principalmente interessate sono neurologiche, muscolari, oncologiche, respiratorie, cardiologiche, metaboliche, cromosomiche, malformative e post-anossiche (2). Per definire l'eleggibilità di un bambino alle CPP sono quindi state definite le "Green Lights" (3) che comprendono tutti i casi in cui è ritenuto opportuno che il bambino inizi questo percorso. Queste si possono riassumere nelle seguenti condizioni: la presenza di una patologia life-limiting o life-threatening, ricoveri ricorrenti e prolungati, l'utilizzo di presidi invasivi, discordanze riguardo gli obiettivi di cura e le manovre rianimatorie e previsioni di esiti complessi in caso di sopravvivenza (4). Tra le malattie life-limiting e life-threatening che colpiscono i bambini eleggibili alle CPP, le patologie non oncologiche rappresentano circa il 75 % (2). Si possono distinguere tre categorie: bambini con malattia "life-limiting", questi bambini sono di per sé inguaribili, e la diagnosi d'inguaribilità è insita nella diagnosi della patologia di base, indipendentemente dall'età del bambino, dal luogo in cui vive e dalle risorse a disposizione; bambini con malattia "life-threatening", sono bambini che presentano patologie per le quali il trattamento curativo è possibile ma può fallire, per esempio nel caso del bambino con insufficienza d'organo in attesa di trapianto; bambini con malattia "senza diagnosi", alcuni pazienti pediatrici presentano quadri di patologia complessa, spesso evolutivi, per i quali però, nonostante molteplici indagini non si è in grado di formulare una diagnosi (4). In base al livello di assistenza richiesto secondo questi criteri si può quindi associare un livello di risposta differente per intensità di cura: per una bassa intensità di cura si avrà un approccio palliativo che richiede interventi di base, per una medio-alta intensità di cura si avranno cure palliative pediatriche generali che richiedono un'assistenza più specifica in materia e per un'alta intensità di cura si richiedono cure palliative pediatriche specialistiche in cui opera l'equipe multidisciplinare specializzata (3).

La WHO stima che nel 2018 siano stati più di 20 milioni i bambini eleggibili di CPP, e in Italia oggi sono circa 30'000 bambini eleggibili (5). In Italia si stima che una quota non superiore al 15% dei bambini eleggibili abbia accesso alle CPP e questo nonostante la Legge 38/2010 le sancisca come diritto del bambino ed i successivi provvedimenti attuativi (condivisi ed approvati in Conferenza Stato Regioni) ne definiscano modalità e modelli di cura di riferimento (4). La legge 38/2010 impegna il sistema a occuparsi di cure palliative (CP) e terapia del dolore (TD) in tutti gli ambiti assistenziali,

in ogni fase della vita e per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se vi sono, risultano inadeguate ai fini della stabilizzazione della malattia (6).

Il progresso medico e tecnologico consente attualmente una maggior sopravvivenza di neonati, bambini e adolescenti portatori di malattie altrimenti rapidamente letali: questo ha determinato il crearsi di una nuova tipologia assistenziale, con bisogni complessi e necessità di risposte integrate multi-specialistiche ed interistituzionali (7). Questo predispone maggiormente al voler trascorrere al domicilio questo percorso che facilita così la vita di tutta la famiglia. Questo permette di rifarsi a un modello assistenziale Family-Centered Care, che pone al centro la famiglia e si basa su un processo di empowerment, collaborazione, scambio di informazioni, supporto, flessibilità e riconoscimento delle strategie di coping (8). L'infermiere deve essere in grado di inserirsi in questo modello per educare e supportare la famiglia in modo che questa diventi il più autonoma possibile nella gestione del bambino.

Tuttavia l'assistenza domiciliare non è sempre facile e comporta un forte impatto fisico ed emotivo su tutta la famiglia, che risulta provata (9). Le informazioni disponibili in letteratura riguardo la questione del vissuto esperienziale delle famiglie di bambini in CPP domiciliari sono ancora esigue e frammentate, e non permettono di avere in modo chiaro e completo una visione accurata di questo fenomeno. Questa limitazione può incidere sull'erogazione di un'assistenza olistica e individualizzata, pertanto l'obiettivo di questa revisione mirava ad accorpare le argomentazioni disponibili per fornire una visione d'insieme sul vissuto esperienziale delle famiglie di bambini in CPP domiciliari.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura correlata a una meta-sintesi per rispondere al seguente quesito: "Quali sono le esperienze vissute dalle famiglie di bambini terminali che affrontano un percorso di cure palliative pediatriche domiciliari?"

Per rispondere sono stati seguiti i criteri metodologici e il diagramma di flusso PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses) flow chart (Figura 1) che garantiscono un approccio sistematico. Sono stati estrapolati i risultati degli studi qualitativi utilizzando il metodo meta-etnografico di Noblit e Hare (10) che pone in evidenza il fenomeno sociale complesso del vissuto dei familiari di bambini in CPP domiciliari. Questo approccio valuta le differenze tra gli studi preservando la qualità metodologica e l'accuratezza degli studi primari. L'approccio in sette fasi è stato scelto per guidare la sintesi: (a) domanda di ricerca, (b) revisione sistematica, (c) lettura e seconda lettura degli studi, identificazione di temi primari e secondari, (d) comprensione delle relazioni tra gli studi, (e) traduzione degli studi, (f) sintesi delle traduzioni e (g) espressione della sintesi (10).

Criteri di inclusione

Gli studi inclusi sono stati selezionati in base al format "PS": (P) popolazione: familiari di bambini terminali; (S) situazione: vissuto dei familiari che hanno avuto esperienza di un bambino in cure palliative pediatriche al domicilio. Sono stati applicati i seguenti criteri di inclusione alla ricerca degli articoli: (a) tipo di ricerca: studi qualitativi; (b) limite temporale: 2011-2021; (c) lingua: italiano o inglese; (d) età dei bambini terminali compresa tra 0-18 anni; (e) cure palliative erogate di tipo domiciliare.

Strategie di Ricerca

È stata effettuata una revisione sistematica in due differenti banche dati (PubMed e Scopus) a luglio 2021. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: “pediatric palliative care”, “parents experience”, “qualitative”. È stata costruita dal database la stringa di ricerca utilizzando le parole chiave e i termini MeSh. È stata effettuata una ricerca libera aggiuntiva sul motore di ricerca Google Scholar.

Estrazione e sintesi dei dati

Sono stati riassunti gli articoli idonei alla valutazione qualitativa secondo il seguente modello: (a) primo autore e anno di pubblicazione, (b) area geografica, (c) disegno e metodo di studio, (d) obiettivo, (e) popolazione, (f) risultati (Tabella 1). Gli articoli qualitativi inclusi nella revisione sono stati valutati per cercarne le somiglianze e mettere in evidenza i temi emersi (fase 3-4 di Noblit e Hare). Sono stati identificati cinque temi derivati dalla sintesi dei dati ricavati, che rappresentano i risultati della meta-sintesi (10).

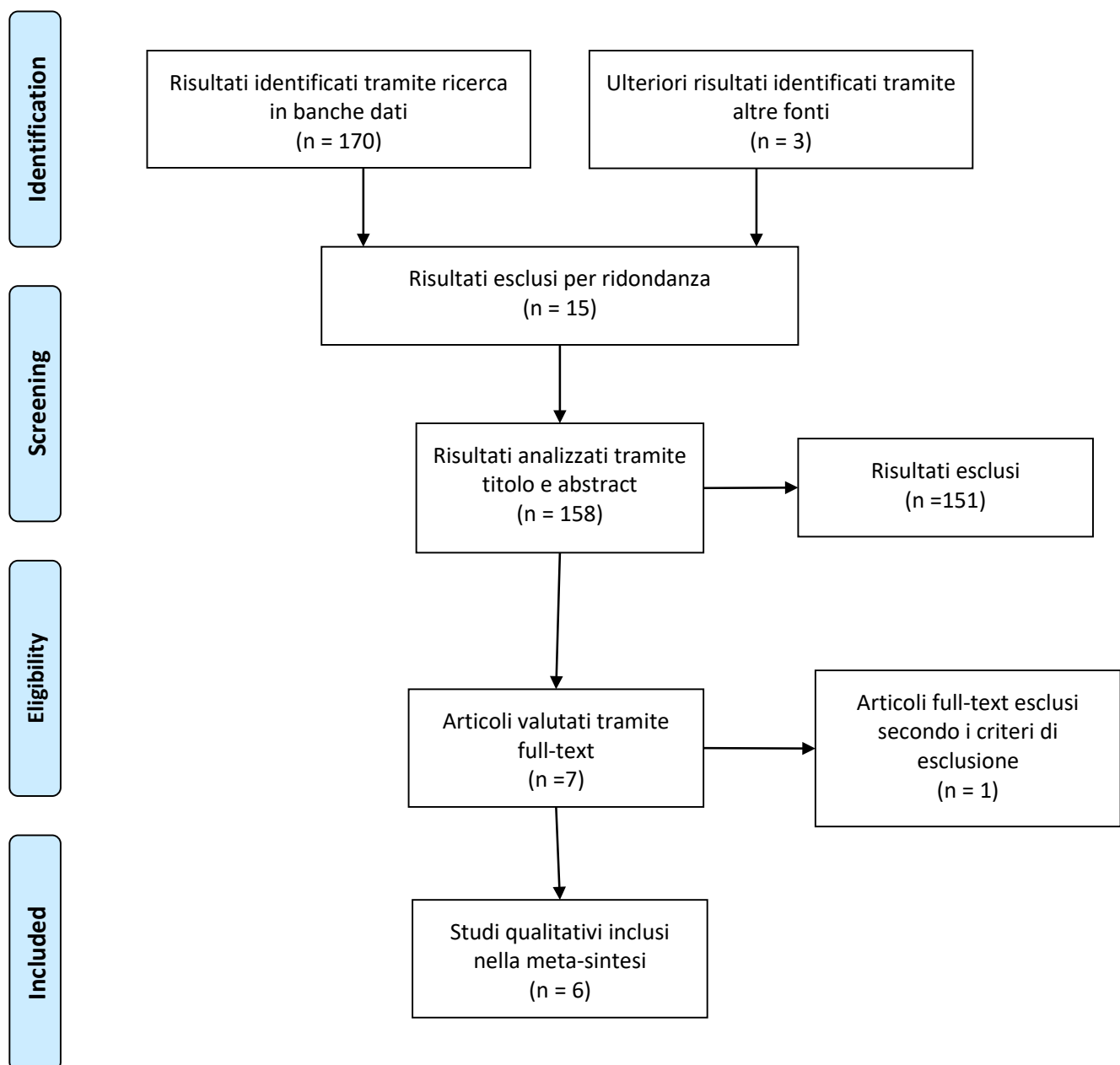
**PRISMA 2009 Flow Diagram**

Figura 1: Flow chart

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Tabella 1. Descrizione delle caratteristiche principali degli studi inclusi nella revisione

Autore e anno	Nazione	Tipo di studio	Obiettivo	Popolazione	Risultati
Tutelman et al., 2021	Stati Uniti	Studio qualitativo svolto tramite interviste semi-strutturate e analizzate tramite analisi induttiva del contenuto	L'obiettivo dello studio è di esplorare le preoccupazioni dei familiari di bambini che ricevono cure palliative pediatriche (CPP) domiciliari.	Familiari che parlano inglese, di bambini tra i 4-18 anni, inclusi in programmi di cure palliative domiciliari o di hospice con aspettativa di vita di 6-12 mesi.	I familiari sono preoccupati per il bambino, la famiglia e il futuro. In particolare emerge la necessità che il bambino viva al meglio il tempo che gli resta, fisicamente, psicologicamente e socialmente. Emerge la preoccupazione, l'incertezza, per il percorso e per la morte del bambino e il forte impatto su tutta la famiglia.
Verberne et al., 2019	Olanda	Studio qualitativo interpretativo svolto tramite interviste semi-strutturate singole o ripetute, al domicilio	L'obiettivo dello studio è di esplorare le esperienze di familiari di bambini in cure palliative domiciliari, affetti da patologie limitanti la vita.	Familiari di età >18 anni di bambini con condizioni limitanti la vita al domicilio, che fanno riferimento a un team di CPP	Emergono delle forti emozioni condivise come l'ansia della perdita del bambino, il doversi confrontare con la perdita e il cordoglio, l'incertezza. Per i genitori è importante mantenere un rapporto significativo col bambino che è indice di essere un buon genitore. Il rapporto con il team di CPP determina la positività dell'esperienza in quanto è favorita un'assistenza olistica e personalizzata. Sono fondamentali le strategie di coping individuate, come sopprimere le emozioni, accettare la situazione e cercare supporto.
Castor et al., 2018	Svezia	Studio di tipo qualitativo descrittivo induttivo svolto tramite interviste qualitative e un approccio fenomenologico ermeneutico	L'obiettivo dello studio è di mettere in luce le esperienze vissute dai membri della famiglia di un bambino malato che ha ricevuto assistenza palliativa domiciliare.	Familiari di bambini terminali dai 6 ai 14 anni, che parlino scandinavo o inglese	L'assistenza domiciliare è stata considerata un lusso dalle famiglie che ne hanno avuto accesso. Questo ha permesso infatti di sorreggere la vita quotidiana, risparmiando tempo ed energia da usare in famiglia. L'assistenza domiciliare ha alleviato i sintomi del bambino e ha creato un'atmosfera serena che ha contribuito al benessere psico-fisico di tutta la famiglia. È risultato fondamentale instaurare un rapporto di fiducia e mantenere una buona comunicazione tra la famiglia e il team.
K. Eskola et al., 2017	Svizzera	Studio qualitativo svolto tramite interviste semi strutturate ai familiari	L'obiettivo dello studio è di capire le esperienze e i bisogni dei familiari di bambini in CPP domiciliari, darne una visione completa durante il percorso ed evidenziare i fattori che influenzano l'assistenza domiciliare in Svizzera.	Sono stati usati 3 campioni: -Bambini 0-18 anni (campione 1) morti tra il 2011 e il 2012 per condizioni terminali -Genitori del campione 1 -Campione appositamente selezionato di genitori appartenenti al gruppo PELICAN HOME.	I genitori vogliono mantenere una quotidianità il più normale possibile per tutta la famiglia, equilibrando le attività e le necessità di ogni giorno con le sfide imposte dal mondo esterno, il che richiede un massivo sforzo emotivo. Il processo di fine vita non si conclude con la morte del bambino, ma la famiglia necessita di supporto per riadattarsi alla vita.

Brenner et al., 2016	Irlanda	Studio qualitativo svolto tramite interviste a domande aperte telefoniche, focus group e interviste individuali	L'obiettivo dello studio è di comprendere le esperienze delle famiglie che ricevono un programma di hospice pediatrico domiciliare guidato da infermieri	Famiglie che hanno ricevuto il servizio di hospice domiciliare	Prendersi cura di un bambino terminale è un lavoro complesso e a tempo pieno, emerge quindi l'importanza di avere uno staff domiciliare competente che sia da supporto e sollievo per tutta la famiglia. L'assistenza olistica domiciliare è stata considerata più valida di uno staff ospedaliero non preparato in materia, in particolare avendo un'équipe fissa che conosca a fondo tutta la famiglia. È stato considerato come punto debole il non avere informazioni scritte e non avere un programma anticipato.
Kars et al., 2015	Olanda	Studio qualitativo multicentrico svolto tramite interviste individuali ai familiari	L'obiettivo è di esplorare le esperienze dei familiari che hanno affrontato le cure palliative per un loro bambino malato di cancro incurabile al domicilio, tenendo conto del punto di vista del bambino per fornirgli una buona cura.	Familiari di bambini (0-18 anni) che stanno ricevendo o hanno ricevuto cure palliative domiciliari prima di morire	La famiglia guida, supporta e si prende cura del bambino terminale, avendo cura di aspetti come la sua partecipazione alle attività quotidiane, alla gestione dei sintomi, alle strategie di coping e si fa carico delle complesse decisioni mediche. La famiglia impara a capire e percepire come vive la situazione il bambino utilizzando tecniche dirette e indirette per comunicare i suoi bisogni, emozioni e desideri.

RISULTATI

Sono stati identificati 173 articoli totali, di cui 19 derivanti dalla banca dati PubMed, 17 dalla banca dati Scopus e 3 dalla ricerca libera su Google Scholar. Sono stati esclusi 15 articoli per ridondanza, sono stati quindi esaminati per titolo e abstract i 158 articoli rimanenti. Sono stati selezionati 7 articoli esaminati tramite full text, di cui uno escluso secondo i criteri di inclusione. Sono stati quindi inclusi 6 articoli nella

revisione. Per la valutazione e l'interpretazione dei risultati degli studi inclusi sono state usate le tecniche meta-etnografiche di Noblit & Hare. Dalla meta-sintesi sono emersi cinque temi principali: (a) famiglia; (b) team di CPP domiciliari; (c) qualità di vita; (d) emozioni; (e) immedesimarsi nel bambino. I temi risultati dalla meta-sintesi sono mostrati in Tabella 2.

Tabella 2. Temi risultati dalla meta-sintesi dei sei articoli

	Temi				
	Famiglia	Team CPP domiciliari	Qualità di vita	Emozioni	Immedesimarsi nel bambino
Tutelman, 2021	X		X	X	
Verberne, 2019	X	X		X	X
Castor, 2018	X	X	X		
Eskola, 2017	X			X	
Brenner, 2016		X	X		
Kars, 2015	X				X

Tema 1: Famiglia

Il primo tema descrive come la famiglia sia fortemente influenzata dal dover gestire un bambino in CPP, ma anche il forte aiuto offerto dal setting domiciliare. Quest'ultimo risulta essere una volontà sia del bambino che del resto della famiglia, in modo tale da poter mantenere le proprie abitudini, le proprie relazioni con amici e parenti, di prendersi cura di sé e del resto della famiglia, e avere una vita il più possibile normale [*"Prendersi cura di nostra figlia a casa era molto, molto importante per noi; abbiamo chiesto fin dall'inizio se poteva tornare a casa. Per noi era molto importante poter fare cose normali come sedersi sul divano, fare passeggiate, solo cose normali. Abbiamo sempre avuto l'obiettivo di portarla a casa."* (9)]. Di contro l'assistenza domiciliare richiede per la famiglia un impegno full-time, e necessita una conoscenza tale da poter riconoscere e gestire segni e sintomi di criticità e di utilizzare strumenti talvolta complessi. Questo deve conciliarsi con il lavoro, la quotidianità e le proprie debolezze, come dover rinunciare al sogno di una vita lunga e spensierata per il bambino. Per questo risulta fondamentale che la famiglia sia fortemente coesa, che tutti i membri si supportino tra loro, e che amici e parenti offrano un supporto emotivo e pratico tale da poter lasciare alla famiglia più tempo da trascorrere insieme, sgravati in parte del carico di lavoro [*"I nostri amici ci cucinavano la cena e quando mio marito rientrava mangiavamo tutti insieme velocemente e poi... i nostri amici in alternativa cucinavano e lo mettevano nella cassetta delle lettere. Così potevamo usare più tempo da passare col bambino."* (9)].

Tema 2: Team di CPP domiciliari

L'inserimento del team di CPP al domicilio è un processo delicato, forzato dalla necessità della sua presenza. Il secondo tema descrive l'importanza del rapporto tra il team e la famiglia per poter creare un ambiente stimolante e ben accetto [*"Il primo giorno era po' perplessa. Credevo si chiedesse: 'Cosa ci fanno qui con i vestiti bianchi che appartengono all'ospedale?' Ma poi abbiamo creato la routine e quando arrivano qui lei va a letto! Così arrivano e iniziano a prepararsi e lei va a prepararsi. Che sollievo."* (11)]. L'équipe deve essere in grado di capire e saper rispondere ai bisogni del bambino e della sua famiglia, per poter offrire un'assistenza olistica, multidisciplinare e individualizzata. La famiglia richiede un team preparato, competente e affidabile, con cui poter instaurare un rapporto che vada oltre alla mera assistenza clinica, che permetta di avere dei momenti di svago, che sia di supporto durante il percorso e dopo la morte del bambino. Se il rapporto di fiducia si spezza la famiglia si sentirà abbandonata e con ogni probabilità lascerà le cure domiciliari per rifarsi a un modello ospedaliero.

Tema 3: Qualità di vita

Il terzo tema mette in evidenza la necessità che il bambino non soffra [*"Vogliamo essere sicuri che non soffra. Che riesca ad essere il bambino che è sempre stato."* (12)] che per il bambino terminale e la sua famiglia la qualità di vita sia la migliore possibile dal momento della diagnosi fino a dopo la morte. Il setting domiciliare ha aiutato a migliorare questo aspetto permettendo di perdere meno tempo, mantenere i propri spazi e i propri contatti, con la possibilità di svolgere le attività intra ed extra domestiche fino a che le condizioni del bambino lo permettono. Questo influisce positivamente sul benessere psico-fisico di tutta la famiglia.

Tema 4: Emozioni

Il quarto tema descrive il turbinio di emozioni che gravitano intorno a questo periodo difficile. Le emozioni prevalenti sono state l'ansia del non sapere quando e come sarebbe avvenuto l'evento della morte del bambino; l'incertezza del non sapere cosa aspettarsi, come comportarsi in caso di urgenza, del non avere informazioni chiare riguardo alla diagnosi e alla prognosi e spesso di affrontare trattamenti di cui non si ha certezza [*"Non sappiamo cosa aspettarci. Cammino sulle uova a volte pensando che qualcosa possa accadere... che possa avere delle convulsioni o altro davanti agli altri bambini... almeno col cancro sai che c'è un trattamento e ci provi a trattarlo. Noi non possiamo combatterlo... il suo cervello sta distruggendo cose e noi non possiamo fare niente."* (12)]; la rabbia nel vedere il bambino soffrire e deteriorarsi, confrontandolo anche con gli altri suoi coetanei; il dolore per la perdita e lo spezzarsi di tutte le speranze e i piani per il futuro del bambino e del nucleo familiare. È risultato fondamentale quindi ricercare delle strategie di coping che permettano di gestire queste forti emozioni negative. Secondo le famiglie le strategie di coping prevalenti sono state cercare di sopprimere le emozioni negative concentrandosi sul qui ed ora, vivere il presente al meglio senza pensare al futuro [*"Devi cercare ancora di rimanere positivo e di restare positivo, per J. [bambino] e ovviamente per te stesso, per cercare di metabolizzare ancora l'avvenimento"* (13)], accettare quello che la vita ha preservato, il supporto delle famiglie che hanno avuto esperienze simili e la fede [*"Ci sentiamo felicemente confortati dal fatto che vedremo P. [figlio] di nuovo. Questo non rende la situazione minimamente meno dolorosa o triste, ma è un conforto a lungo andare... Mi sento molto privilegiato a sapere che esiste un'altra via."* (13)].

Tema 5: Immedesimarsi nel bambino

L'ultimo tema evidenzia la necessità che il bambino ha della sua famiglia, che funge da filtro e da mediatore tra lui e il mondo. L'età, la patologia o la chiusura in sé stessi può determinare la mancanza di capacità di esprimere i propri bisogni, per questo la famiglia che vive e conosce il bambino deve imparare a capirlo, a interpretare i suoi segni, a essere per lui una guida e un supporto [*"Certe conversazioni che ho avuto con lei...sulla morte. E su come pensa...come potrebbe andare. Lei dà dei segnali. Lei non ne parla. In realtà, al momento, per niente. È un po' più lontano in questo momento. E...ogni volta che darà un segnale, io sarò lì per lei per parlare. Se questo è il caso, parliamo di come lei pensa...o come penso che andrà...e su cosa cerco di trasmetterle, non voglio che abbia paura."* (14)].

DISCUSSIONE

La presente revisione mette in luce alcuni aspetti importanti del fenomeno esperienziale dei familiari di bambini in CPP domiciliari, di cui le evidenze in letteratura sono ancora scarse e frammentate.

Questo permette sia di capire sia di poter aiutare attivamente e consapevolmente queste famiglie. Dall'analisi dei sei articoli inclusi sono emerse infatti le cinque tematiche che esplicano le caratteristiche ricorrenti: "famiglia", "team di CPP domiciliari", "qualità di vita", "emozioni", "immedesimarsi nel bambino".

È stato possibile quindi far emergere gli aspetti vantaggiosi della cura domiciliare sia per il bambino sia per la sua famiglia, aiutando entrambi a vivere meno gravosamente

questa situazione, rimanendo immersi nel proprio ambiente quotidiano e guadagnando tempo ed energie preziose da dedicare al bambino, alla famiglia e a sé stessi. Questo percorso implica un forte impatto fisico, emotivo, relazionale su tutta la famiglia, impegnata su tutti questi fronti ogni giorno, a tutte le ore, e che deve riordinare la propria quotidianità per far fronte alle difficoltà che incontra. Sono stati analizzati i bisogni dei membri della famiglia durante l'assistenza domiciliare quali trascorrere più tempo insieme, migliorare la qualità di vita, gestire le emozioni ed essere il più vicini possibile al bambino dal punto di vista emotivo e di soddisfazione dei suoi bisogni. Questo può risultare più o meno difficile in base a quanto la famiglia è preparata ad accogliere la diagnosi e al tempo che ha avuto a disposizione per formare un nuovo assetto familiare che tenga in considerazione i bisogni e le difficoltà di tutti. Emerge l'importanza del supporto di amici e parenti che contribuiscono in modo considerevole a sgravare la famiglia sia con un contributo di tipo psicologico, ascoltandola e distraendola nei momenti non dedicati al caring, ma anche nella quotidianità per farsi carico di alcuni compiti pratici, come fare la spesa, cucinare, pulire casa, che in questo modo non devono gravare sugli impegni già moltiplicati dalle necessità del bambino.

L'aspetto emotivo predomina fortemente in questo contesto, nel voler far vedere di essere forti, di saper gestire i sentimenti e le emozioni, e la paura di non essere in grado. Si aggiungono inoltre le aspettative che si hanno in particolare sui genitori del bambino, a cui non viene socialmente concessa la possibilità di volere, e necessitare, una tregua e una pausa dall'essere costantemente e totalmente coinvolti e attivi nel caring del bambino, considerata invece una mancanza di impegno e d'amore. È bene quindi sensibilizzare la popolazione sul supporto e la comprensione a queste famiglie, che nonostante tutto l'amore che offrono al bambino sono talvolta esauste e hanno bisogno di essere capite e aiutate.

La famiglia si trova immersa in un turbinio di emozioni negative che predispongono all'insorgenza di comportamenti iper-protettivi e di auto esclusione sociale che nascono dal bisogno di passare più tempo possibile col bambino malato, e comportano quindi la necessità di trovare delle strategie di coping in grado di gestire queste emozioni e vivere il più serenamente possibile questo percorso. È parte integrante del ruolo dell'infermiere aiutare la famiglia a trovare e a mettere in pratica queste strategie adattive personalizzate mettendo in campo le sue competenze e le sue capacità di trovare soluzioni individualizzate e che possono mutare nel corso del tempo, in relazione al decorso clinico del bambino.

Fondamentale per quanto fragile, è emerso essere anche il rapporto con gli operatori sanitari. Il personale ospedaliero spesso non è preparato adeguatamente a un'assistenza di tipo palliativo sul paziente pediatrico, tralasciando quindi aspetti importanti come il coinvolgimento familiare e i bisogni complessi di questi bambini che si trovano a vivere i loro ultimi, più o meno lunghi, periodi di vita in un ambiente estraneo, poco adatto alla presenza costante di amici e parenti e che incute timore al bambino e angoscia alla sua famiglia. L'assistenza domiciliare ha permesso di migliorare il livello assistenziale erogato e ha sostenuto la vita familiare, permettendo di portare avanti le attività quotidiane e di risparmiare tempo ed energia che venivano altrimenti impiegati nelle impegnative visite ospedaliere. La formazione di équipe specializzate nelle cure palliative pediatriche può

notevolmente innalzare il livello delle cure erogate, e l'assistenza sul territorio è una componente risultata fortemente a supporto del buon livello di cura. È risultato quanto sia importante per le famiglie essere accompagnate e supportate dall'équipe sia a livello pratico che emotivo durante tutto il percorso, e anche dopo la morte del bambino. Questo mette però in luce la necessità di creare delle équipe multidisciplinari competenti che lavorino sul territorio e preparate a rispondere ai bisogni specifici dei bambini e delle loro famiglie relativamente alle cure palliative.

Limiti dello studio

Il numero ridotto di articoli inclusi nella revisione e l'utilizzo delle sole banche dati citate rappresentano un limite della ricerca, tuttavia la presente meta-sintesi è stata condotta secondo criteri metodologici e ha fornito implicazioni interessanti per i professionisti; può quindi essere usata come spunto per approfondire l'argomento.

CONCLUSIONI

Questa meta-sintesi mette in evidenza l'esperienza vissuta dai familiari di bambini in CPP domiciliari, evidenziando quali sono le caratteristiche comuni tra le famiglie che si trovano a vivere la medesima situazione. Il setting domiciliare ha permesso di aiutare il bambino a sentirsi meno un "paziente" e la sua famiglia a poterlo accompagnare in questo percorso, mantenendo il più possibile le sue abitudini, la quotidianità, le relazioni sociali. Questi aspetti, fondamentali per il bambino, sono però riconducibili anche alla famiglia, che ha un ruolo primario e attivo nel caring del bambino terminale e necessita quindi anche lei di una valvola di sfogo, che il setting ospedaliero spesso non permette, per la sua intrinseca necessità di utilizzare moltissimo tempo ed energie negli spostamenti, nelle visite, nei ricoveri, che precludono la possibilità di vivere una vita normale. È un bene che l'assistenza domiciliare stia sempre di più diventando una scelta preferenziale per affrontare questo percorso per migliorare la qualità di vita di tutta la famiglia che in questo modo può dedicarsi più serenamente al bambino senza però rinunciare totalmente alla sua quotidianità. La presenza dell'infermiere in questo contesto è imprescindibile in quanto professionista maggiormente implicato nell'assistenza in termini di tempo passato con la famiglia e di rapporto instaurato con essa. I risultati della presente meta-sintesi si possono considerare come un punto di inizio per approfondire le tematiche emerse.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Istituto Superiore di Sanità. Cure Palliative [Internet]. 2020. (consultato il 12 luglio 2021). Disponibile da: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliative#a-chi-sono-rivolte>
- 2 Benini F. Cure palliative e terapia del dolore. Ministero della Salute. [Internet]. 2021. (consultato il 12 luglio 2021). Disponibile da: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3782&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=pediatriche
- 3 Health C. Gruppo di lavoro SICP-FCP "Complessità e Reti di Cure Palliative". Complessità e Cure Palliative. [Internet]. 2020;1-17. (consultato il 20 luglio 2021). Disponibile da: <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/02/Cap.-2.->

- Compressit%C3%A0-e-CP-pediatria_finale_logo.pdf
- 4 SICP. Conferenza di consenso-Le cure palliative pediatriche: dalla diagnosi di inguaribilità al lutto. [Internet]. 2016. (consultato il 20 luglio 2021). Disponibile da: https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/31_conferenza-di-consenso.pdf
- 5 SICP. Il bisogno di cure palliative. [Internet]. 2013;(6). (consultato il 20 luglio 2021). Disponibile da: https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/06/Cap.-1-II-bisogno-di-CP_finale_logo.pdf
- 6 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, legge n. 38 [Internet]. 15 marzo 2010. (Italia). (consultato il 15 luglio 2021). Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/gu-newsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2010-03-19&task=dettaglio&numgu=65&redaz=010G0056&tmstp=1269600292070>
- 7 Manfredini L, Papacci P, Benini F, Barbi E. Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche. Raccomandazioni Clin Odontostomatol. [Internet]. 2014;281. (consultato 15 luglio 2021). Disponibile da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_797_allegato.pdf
- 8 Festini F, Biagini, I. L'assistenza centrata sulla famiglia. Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche. [Internet]. (consultato 15 luglio 2021). Disponibile da: http://www.sisip.it/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=36
- 9 Eskola K, Bergstraesser E, Zimmermann K, Cignacco E. Maintaining family life balance while facing a child's imminent death—A mixed methods study. J Adv Nurs. 2017;73(10):2462–72. DOI: 10.1111/jan.13304
- 10 Noblit G, Hare R. Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. Volume 11. SAGE Publications. 1988.
- 11 Castor C, Landgren K, Hansson H, Kristensson Hallström I. A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. Heal Soc Care Community. 2018;26(2):224–31. DOI: 10.1111/hsc.12512
- 12 Tutelman PR, Lipak KG, Adewumi A, Fults MZ, Humphrey LM, Gerhardt CA. Concerns of Parents With Children Receiving Home-Based Pediatric Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2021;61(4):705–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.007>
- 13 Verberne LM, Kars MC, Schouten-van Meeteren AYN, van den Bergh EMM, Bosman DK, Colenbrander DA, et al. Parental experiences and coping strategies when caring for a child receiving paediatric palliative care: a qualitative study. Eur J Pediatr. 2019;178(7):1075–85. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03393-w>
- 14 Kars MC, Grypdonck MHF, de Bock LC, van Delden JJM. The parents' ability to attend to the "voice of their child" with incurable cancer during the palliative phase. Heal Psychol. 2015;34(4):446–52. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000166>
- 15 Brenner M, Connolly M, Cawley D, Howlin F, Berry J, Quinn C. Family and healthcare professionals' perceptions of a pilot hospice at home programme for children: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2016;15(1):1–8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0161-0>
- 16 World Health Organization-WHO. Palliative Care. [Internet]. (consultato 10 luglio 2021). Disponibile da: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- 17 Peruselli C, Manfredini L, Piccione T, Moroni L, Orsi L. Il bisogno di cure palliative. Riv Ital di cure Palliat. [Internet]. 2019;21(figura 1):67–74. (consultato 15 luglio 2021). Disponibile da: https://www.ricp.it/r.php?v=3133&a=31154&l=336872&f=allegati/03133_2019_01/fulltext/12_Iniziativa - Peruselli.pdf
- 18 Consiglio Nazionale FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 Il testo approvato dal Consiglio Nazionale. 2019;1–10.

Michael PLODARI

Infermiere, libero professionista, Pavia, Italia

plodarimichael@gmail.com

Maria Grazia MERLO

Direttore delle attività didattiche Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione IRCCS san Matteo, Pavia, Italia

Andrea BELLINGERI

Infermiere wound care specialist, Fondazione IRCCS san Matteo, Pavia, Italia

L'impiego della terapia foto dinamica con fotosensibilizzanti nella gestione delle ulcere da piede diabetico: una revisione

The use of dynamic photo therapy (PDT) in patients with diabetic foot: a review

Abstract italiano

Introduzione

Il Diabete Mellito rappresenta oggi una malattia cronica in continuo incremento che, se non trattata adeguatamente, può portare all'insorgenza di complicanze gravi acute e croniche. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il numero di persone diabetiche tra la popolazione adulta di età superiore ai 18 anni è passata dal 4,7% nel 1980 all'8,5% nel 2014. In Europa, 52 milioni di persone vivono con il diabete, con un tasso di incidenza pari al 10-14% della popolazione. In Italia, oltre 3,2 milioni di persone soffrono di diabete, ovvero il 5,3% dell'intera popolazione. L'OMS ha inoltre dichiarato che il diabete è stata la settima causa di morte nel 2016 (1,6 milioni di decessi sono stati causati dalla patologia diabetica). Una delle complicanze del Diabete Mellito è l'insorgenza del piede diabetico dovuto all'ulcerazione e/o distruzione di tessuti profondi associate ad anomalie neurologiche e a vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori. La terapia foto dinamica (PDT) è un trattamento innovativo, non invasivo e indolore in grado di contrastare le infezioni nei pazienti con piede diabetico e risolvere il problema dell'antibiotico resistenza.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura di tipo quantitativo nell'aprile – agosto 2021. Sono stati esaminati i database PubMed, Cinhal, Scopus e Web Of Science con parole chiave e stringhe metodologiche. Il diagramma di flusso PRISMA è stato applicato nella sezione degli studi con una limitazione temporale agli ultimi dieci anni.

Risultati

Sono stati inclusi 5 articoli risultanti dalla revisione della letteratura che dimo-

strano una riduzione dei tempi di guarigione delle ulcere da piede diabetico.

Conclusioni

Questa revisione rappresenta un primo contributo per riassumere le migliori evidenze e conoscenze in relazione alla terapia foto dinamica, con lo scopo di permettere un adeguato trattamento e facilitare l'intervento educativo mirato.

Parole chiave: Photodynamic therapy, Antimicrobial, RLP068, Foot diabetic Ulcers, Diabet foot.

Abstract inglese

Introduction

Diabetes Mellitus represents nowadays a chronic disease in continuous increase that, if not treated adequately, can lead to the onset of severe acute and chronic complications. According to the World Health Organization, the number of people with diabetes among the adult population over 18 years of age has increased from 4.7% in 1980 to 8.5% in 2014. In Europe, 52 million people live with diabetes, with an incidence rate of 10-14% of the population. In Italy, more than 3.2 million people have diabetes, or 5.3% of the entire population. The WHO also stated that diabetes was the seventh leading cause of death in 2016 (1.6 million deaths were caused by diabetic disease). One of the complications of Diabetes Mellitus is the onset of diabetic foot due to ulceration and/or destruction of deep tissues associated with neurological abnormalities and varying degrees of peripheral vasculopathy of the lower extremities. Dynamic photo therapy (PDT) is an innovative, non-invasive, and painless treatment that can counteract infections in patients with diabetic foot and solve the problem of antibiotic resistance.

Methods

A quantitative literature review was

performed in April-August 2021. PubMed, Cinhal, Scopus, and Web Of Science databases were reviewed with keywords and method strings. The PRISMA flow chart was applied in the study section with a time limitation to the last 10 years.

Results

Five articles resulting from the literature review demonstrating a reduction in healing time of diabetic foot ulcers were included.

Conclusions

This review represents a first contribution to summarize the best evidence and knowledge in relation to photodynamic therapy, with the aim to allow an adequate treatment and to facilitate the targeted educational intervention.

Key words: Photodynamic therapy, Antimicrobial, RLP068, Diabetic foot ulcers, Diabet foot.

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1999) il diabete mellito è una patologia caratterizzata da un disordine metabolico ad eziologia multipla, dovuto da una condizione di iperglicemia cronica con conseguenti alterazioni che riguardano il metabolismo dei glucidi, dei lipidi e delle proteine, dovuti da un deficit della secrezione di insulina (1). Si tratta di una patologia in continua crescita che interessa circa 15 milioni di individui, e circa un terzo dei casi non è diagnosticato. La prevalenza del diabete è relativamente elevata tra gli anziani: fino al 50% dei soggetti che hanno superato i 65 anni soffre di un certo grado di intolleranza al glucosio (2,3). Negli Stati Uniti l'incidenza del diabete è maggiore tra gli ispanici, gli afroamericani e in alcuni gruppi di indiani d'America ed è elevata anche tra soggetti di razza bianca (4, 5). L'Istat annualmente effettua un monitoraggio sulla condizione di salute della popolazione e su alcuni stili di vita e di comportamento adottati dagli individui, utilizzando specifici indicatori costruiti sulla base di dati raccolti nell'indagine sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". I dati che sono stati riportati nell'annuario statistico Istat del 2015 hanno espresso una percentuale pari al 5.4 degli Italiani soggetti a patologia diabetica (6). Invece, secondo le informazioni raccolte dalla sorveglianza Passi (7), fra le Asl che hanno partecipato, la prevalenza di soggetti diabetici aumenta con il crescere dell'età (è inferiore al 2% nei soggetti con meno di 50 anni e sfiora il 10% tra i soggetti tra 50-69 anni), è più frequente fra la popolazione maschile rispetto a quella femminile (5.1% vs 3.8%), nelle fasce di popolazione più svantaggiate a livello economico e di istruzione, fra la popolazione italiana rispetto a quella straniera, e nelle Regioni dell'Italia meridionale rispetto alle regioni situate al Centro e al Nord.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità Europea, sono 52 milioni le persone diabetiche all'interno della Regione Europa OMS (8). La prevalenza del diabete mellito è in continua crescita e, in alcuni Stati, i dati registrati indicano che è diabetica il 10-14% della popolazione. La causa di questo aumento è sostanzialmente dovuta ad un progressivo invecchiamento della popolazione ma anche in risposta all'aumento dei principali fattori di rischio della patologia diabetica quali sovrappeso, obesità, sedentarietà, scorretta alimentazione e disuguaglianze economiche.

Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (9), le persone con diabete mellito a livello mondiale sono circa 346 milioni e circa l'80% delle cause di morte dovute a tale patologia sono riscontrate nei Paesi con medio-basso reddito. Inoltre, l'OMS ha stimato che i decessi correlati a

patologia diabetica raddoppieranno fra il 2005 e il 2030.

La patologia diabetica può portare all'insorgenza di complicanze, acute e croniche, nel medio-lungo periodo. Le complicanze croniche sono la causa della maggior parte della mortalità associata alla patologia. Esse si suddividono in patologie micro vascolari, patologie macro vascolari e neuropatie. La microangiopatia invece si verifica in seguito ad aumento dello spessore dei piccoli vasi con conseguente modificazione dell'elasticità e riduzione del trasporto sanguigno all'interno del lume. Tra le microangiopatie ricordiamo la retinopatia, dovuta dall'insorgenza di piccoli aneurismi che coinvolgono la retina e/o emorragie con successivo calo del visus sino alla cecità; la nefropatia, che si verifica in seguito a fibrosi glomerulare per alterazioni emodinamiche della patologia diabetica e che può incorrere in insufficienza renale cronica. La macroangiopatia è la tendenza a sviluppare aterosclerosi, causando una patologia infiammatoria con conseguente alterazione vascolare delle arterie, in maniera più precoce rispetto alla popolazione media. Tale condizione determina un rischio maggiore per lo sviluppo di vasculopatia periferica (la riduzione del flusso sanguigno rallenta i processi di guarigione delle ferite, favorendo lo sviluppo di gangrene), scompenso cardiaco, infarto miocardico e ictus. Quando si parla di neuropatia invece, si fa riferimento ad una riduzione della sensibilità dolorifica e pressoria con conseguente rischio di fissurazione della cute sino a portare, nei casi più gravi, all'atrofia muscolare con alterazioni che riguardano la forma del piede come il piede di Charcot. Tale condizione è caratterizzata da un'affezione in cui alla base vi è sempre una neuropatia diabetica ed è caratterizzata da processi di degenerazione e frammentazioni ossee con perdite dei rapporti articolari normali. È una condizione molto grave che se non curata e trascurata all'esordio porta a quadri di deformità in grado di procurare ulcere difficilmente guaribili e che esitano in amputazioni (10).

Inoltre, la neuropatia colpisce i nervi vegetativi (neuropatia autonoma), oltre quelli sensitivi e motori. La neuropatia sensitiva causa una riduzione della percezione dolorifica facendo sì che un trauma provochi una lesione. La neuropatia motoria invece, porta uno squilibrio tra i muscoli estensori e flessori delle dita causando dita in griffe, appiattimento delle volte plantari, prominenze delle teste metatarsali, riduzione della superficie d'appoggio ed eccesso di carico nei punti prominenti con formazione di ipercheratosi che, se non si riduce la pressione nel punto d'interesse, porta a lungo tempo alla formazione di un ematoma da schiacciamento e poi un'ulcera. Infine, la neuropatia autonoma compromette le ghiandole secretorie del piede con conseguente secchezza cutanea, favorendo la formazione di fissurazioni e pertanto l'ingresso di germi. Pertanto, la neuropatia, la vasculopatia e l'immunosoppressione (a causa dell'iperglicemia si verifica una riduzione della capacità da parte dei linfociti T citotossici di attaccare e distruggere le cellule infettate dai batteri), rappresentano le tre principali cause che determinano il rischio maggiore di insorgenza di piede diabetico.

Le lesioni del piede rappresentano dunque una condizione pericolosa che si potrebbe manifestare anche dopo alcuni anni dalla diagnosi della patologia. Le cause più comuni legate alla comparsa del piede diabetico sono la cattiva circolazione, che può portare ad una riduzione del lume delle arterie con una conseguente riduzione di afflusso di sangue agli arti inferiori ed una disfunzione di nervi periferici che determinano alterazioni di sensibilità (11). Le ulcere cutanee degli arti inferiori sono una delle più diffuse patologie nell'ambito sanitario. Si definisce ulcera cutanea cronica

una lesione con perdita di sostanza che persiste in assenza di tendenza alla guarigione spontanea (12).

Nel 1998 l'OMS (13) ha definito il piede diabetico come una condizione d'infezione, ulcerazione e/o distruzione dei tessuti profondi associato ad anomalie neurologiche e vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori. Nel 2003, l'International Working Group of Diabetic Foot (14) ha definito il piede diabetico come un piede con alterazioni anatomico-funzionali determinate dall'arteriopatia occlusiva periferica degli arti inferiori o dalla neuropatia diabetica. Recenti studi epidemiologici (15) hanno dimostrato che il diabete provoca nel 15% dei soggetti complicanze ulcerative e nell'85% dei casi amputazioni non traumatiche. Le persone affette da piede diabetico rappresentano il 5% della popolazione diabetica (circa 300 mila individui italiani) e determina un utilizzo di risorse pari a circa il 25% della spesa complessiva per l'assistenza ai pazienti diabetici. Inoltre, il piede diabetico rappresenta il 2-4% di tutti i ricoveri per patologia diabetica. La chiusura dell'ulcera da piede diabetico non sempre rappresenta la soluzione della malattia ma – a volte – la remissione del quadro clinico, se trascurata, può recidivare in oltre il 40% degli individui. Difatti, la comparsa di un'ulcera in un individuo affetto da diabete condiziona in maniera significativa la sopravvivenza a 5 anni (solamente il 50-60% raggiunge questo traguardo). Annualmente vengono sottoposti ad amputazione circa 7 mila pazienti e il 50% di questi viene sottoposto ad amputazione maggiore dell'arto inferiore (16). La formazione del piede diabetico è dovuta all'insorgenza della neuropatia sensitivo-motoria che causa una diminuzione e/o una perdita della sensibilità all'estremità del piede sebbene l'individuo sia comunque responsivo a stimolazioni tattili, termiche, meccaniche e dolorifiche, divenendo così meno sensibile al dolore e anche in seguito all'insorgenza della vasculopatia periferica con conseguente riduzione dell'afflusso di sangue e ischemia dell'arto. A seconda dell'elemento patogenetico prevalente coinvolto possiamo distinguere differenti tipologie di piede diabetico:

- Neuropatico, causato da una riduzione della sensibilità dell'arto inferiore con alterazione della soglia dolorifica e della percezione agli stimoli, con differenziazione della evoluzione in base alle fibre coinvolte per cui troviamo forme di neuropatia sensitiva, motoria od una autonoma.
- Ischemico, dovuto alla formazione di placche aterosclerotiche con conseguente riduzione del flusso sanguigno specie nelle arterie di piccolo calibro, creando

ipossia.

- Neuro-ischemico, condizione che vede entrambe le alterazioni precedentemente descritte.

Per poter condurre un inquadramento diagnostico corretto e poter intervenire nel modo più efficace possibile è necessario effettuare la classificazione di Wagner o la Texas Wound Classification System per poter individuare le caratteristiche dell'ulcera. La classificazione di Wagner si basa su tre parametri fondamentali: profondità dell'ulcera, estensione della necrosi e grado di infezione. La classificazione della Texas Wound Classification System comprende invece sia i piani anatomici interessati dalla necrosi sia la condizione clinica. Tra le tecniche più innovative utilizzate per curare le lesioni da piede diabetico ritroviamo la terapia foto dinamica che, tramite l'utilizzo di specifici fotosensibilizzanti, è in grado di ridurre i tempi di guarigione delle ulcere, favorendo il fenomeno di riparazione tissutale, prevenendo l'insorgenza di infezione e di colonizzazioni batteriche.

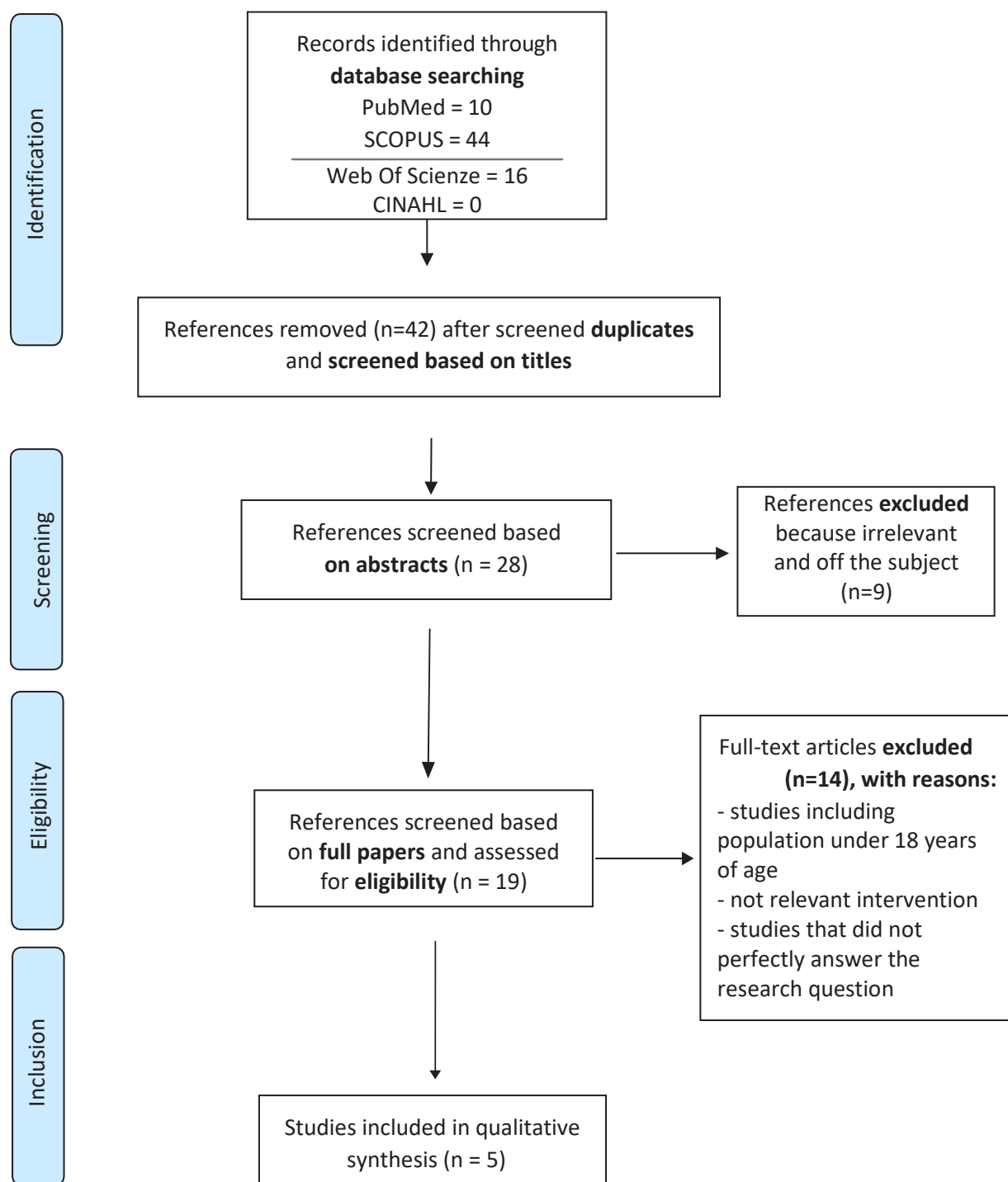
Tuttavia, non esiste un contributo in letteratura che riassume le migliori evidenze scientifiche e conoscenze sull'ambito della terapia foto dinamica, il che potrebbe potenzialmente minare ad un corretto trattamento delle ulcere da piede diabetico. Lo scopo di questo studio è quindi quello di delineare e valutare le fonti primarie della letteratura, aumentando pertanto la conoscenza sul tema della terapia foto dinamica.

MATERIALI E METODI

I criteri di inclusione applicati nella revisione sono stati: a) studi sul tema della terapia foto dinamica in relazione alle ulcere da piede diabetico; b) studi che adottano un approccio metodologico quantitativo; c) studi scritti in lingua inglese o italiana; d) studi che comprendessero una popolazione adulta (età > 18 anni) con patologia diabetica e lesioni da piede diabetico; e) studi che avessero un limite temporale non superiore agli ultimi 10 anni. Per contro, i criteri di esclusione erano: studi non inerenti all'argomento trattato e studi che adottassero un approccio metodologico qualitativo.

Gli articoli sono stati identificati in conformità con il diagramma di flusso PRISMA, che ha fornito una documentazione rigorosa delle varie fasi del processo metodologico (Figura 1). In particolare, le diverse fasi del diagramma di flusso PRISMA sono: 1. *Identificazione*: dei database utilizzati nella revisione con i relativi risultati; 2. *Screening*: esclusione dei risultati doppi o non pertinenti; 3. *Compatibilità*: definizione dei criteri di inclusione e di esclusione; 4. *Inclusione*: articoli ritenuti pertinenti allo scopo della ricerca.

Figure 1. PRISMA flowchart



Fase uno: identificazione

Le stringhe di ricerca sono state generate utilizzando parole chiave (Tabella 1) applicate per interrogare i principali database bibliometrici: PubMed, Cinhal, Scopus e Web Of Science. Le parole chiave selezionate includevano: "Pho-

todynamic therapy", "Antimicrobial", "RLP068", "Foot diabetic Ulcers", "Diabet foot". 70 articoli sono stati creati in questa fase del processo: 10 appartenevano a PubMed, 44 a Scopus e 16 erano i risultati di Web Of Science.

Tabella 1. Stringhe di ricerca utilizzate per la letteratura scientifica.

Database	Stringa di ricerca	Data della ricerca	Numero di articoli
PubMed	((("photochemotherapy"[MeSH Terms] OR "photochemotherapy"[All Fields] OR "photodynamic"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "photodynamic therapy"[All Fields]) AND ("anti infective agents"[Pharmacological Action] OR "anti infective agents"[MeSH Terms] OR "anti infective"[All Fields] AND "agents"[All Fields]) OR "anti infective agents"[All Fields] OR "antimicrobial"[All Fields] OR "antimicrobials"[All Fields] OR "antimicrobially"[All Fields]) AND ("diabetic foot"[MeSH Terms] OR ("diabetic"[All Fields] AND "foot"[All Fields]) OR "diabetic foot"[All Fields] OR ("foot"[All Fields] AND "diabetic"[All Fields]) OR "foot diabetic"[All Fields]) AND ("ulcer"[MeSH Terms] OR "ulcer"[All Fields] OR "ulcerate"[All Fields] OR "ulcerated"[All Fields] OR "ulcerates"[All Fields] OR "ulcerating"[All Fields] OR "ulceration"[All Fields] OR "ulcerations"[All Fields] OR "ulcerative"[All Fields] OR "ulcers"[All Fields] OR "ulcer s"[All Fields] OR "ulcerous"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (fft[Filter]))	Maggio 2021	10
Cinhal	((("photochemotherapy"[MeSH Terms] OR "photochemotherapy"[All Fields] OR "photodynamic"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "photodynamic therapy"[All Fields]) AND ("anti infective agents"[Pharmacological Action] OR "anti infective agents"[MeSH Terms] OR "anti infective"[All Fields] AND "agents"[All Fields]) OR "anti infective agents"[All Fields] OR "antimicrobial"[All Fields] OR "antimicrobials"[All Fields] OR "antimicrobially"[All Fields]) AND ("diabetic foot"[MeSH Terms] OR ("diabetic"[All Fields] AND "foot"[All Fields]) OR "diabetic foot"[All Fields] OR ("foot"[All Fields] AND "diabetic"[All Fields]) OR "foot diabetic"[All Fields]) AND ("ulcer"[MeSH Terms] OR "ulcer"[All Fields] OR "ulcerate"[All Fields] OR "ulcerated"[All Fields] OR "ulcerates"[All Fields] OR "ulcerating"[All Fields] OR "ulceration"[All Fields] OR "ulcerations"[All Fields] OR "ulcerative"[All Fields] OR "ulcers"[All Fields] OR "ulcer s"[All Fields] OR "ulcerous"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (fft[Filter]))	Maggio 2021	0
Scopus	((("photochemotherapy"[MeSH Terms] OR "photochemotherapy"[All Fields] OR "photodynamic"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "photodynamic therapy"[All Fields]) AND ("anti infective agents"[Pharmacological Action] OR "anti infective agents"[MeSH Terms] OR "anti infective"[All Fields] AND "agents"[All Fields]) OR "anti infective agents"[All Fields] OR "antimicrobial"[All Fields] OR "antimicrobials"[All Fields] OR "antimicrobially"[All Fields]) AND ("diabetic foot"[MeSH Terms] OR ("diabetic"[All Fields] AND "foot"[All Fields]) OR "diabetic foot"[All Fields] OR ("foot"[All Fields] AND "diabetic"[All Fields]) OR "foot diabetic"[All Fields]) AND ("ulcer"[MeSH Terms] OR "ulcer"[All Fields] OR "ulcerate"[All Fields] OR "ulcerated"[All Fields] OR "ulcerates"[All Fields] OR "ulcerating"[All Fields] OR "ulceration"[All Fields] OR "ulcerations"[All Fields] OR "ulcerative"[All Fields] OR "ulcers"[All Fields] OR "ulcer s"[All Fields] OR "ulcerous"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (fft[Filter]))	Maggio 2021	44
Web Of Science	((("photochemotherapy"[MeSH Terms] OR "photochemotherapy"[All Fields] OR "photodynamic"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "photodynamic therapy"[All Fields]) AND ("anti infective agents"[Pharmacological Action] OR "anti infective agents"[MeSH Terms] OR "anti infective"[All Fields] AND "agents"[All Fields]) OR "anti infective agents"[All Fields] OR "antimicrobial"[All Fields] OR "antimicrobials"[All Fields] OR "antimicrobially"[All Fields]) AND ("diabetic foot"[MeSH Terms] OR ("diabetic"[All Fields] AND "foot"[All Fields]) OR "diabetic foot"[All Fields] OR ("foot"[All Fields] AND "diabetic"[All Fields]) OR "foot diabetic"[All Fields]) AND ("ulcer"[MeSH Terms] OR "ulcer"[All Fields] OR "ulcerate"[All Fields] OR "ulcerated"[All Fields] OR "ulcerates"[All Fields] OR "ulcerating"[All Fields] OR "ulceration"[All Fields] OR "ulcerations"[All Fields] OR "ulcerative"[All Fields] OR "ulcers"[All Fields] OR "ulcer s"[All Fields] OR "ulcerous"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (fft[Filter]))	Maggio 2021	16

Fase due: screening

In questo stato del processo, è stata effettuata una selezione preliminare dei risultati e gli articoli non pertinenti sono stati esclusi: 42 articoli sono stati eliminati in quanto doppi e 28 articoli sono stati sottoposti alla lettura dell'abstract di cui 9 sono stati esclusi per popolazione non pertinente e intervento non conferme al quesito di ricerca.

Fase tre: compatibilità

I restanti 19 articoli sono stati sottoposti alla fase di compatibilità. I testi completi sono stati letti e 14 articoli sono stati esclusi in quanto inservibili per la ricerca o non specifici alla domanda. 5 articoli invece hanno soddisfatto tutti i requisiti di ricerca e i criteri di inclusione previsti. Quindi, sono stati inclusi nella fase finale della revisione della letteratura. La tabella 2 mostra la descrizione dei 5 articoli emersi dalla revisione della letteratura.

RISULTATI

L'interrogazione dei database ha prodotto 70 articoli, e 5 di essi sono stati considerati rilevanti e inerenti alla ricerca dello studio. I 5 articoli inclusi nella letteratura erano studi quantitativi, di cui: uno era uno studio di fase II randomizzato in doppio cieco e riportava anche un case report, un altro era uno studio di fase II randomizzato in doppio cieco e controllato con placebo e riportava anche un case report, un altro ancora uno studio di fase II, un altro uno studio randomizzato, in doppio cieco, dose-risposta, controllato con placebo e infine un case study. Questi studi sono stati condotti nelle aree geografiche dell'Italia e del Brasile. Le persone arruolate negli studi erano principalmente pazienti con patologia diabetica e ulcere da piede diabetico. In tutti gli studi la popolazione interessata aveva un'età > 18 anni.

Tabella 2. Descrizione de 5 articoli emersi dalla revisione della letteratura

Autori, anno di pubblicazione, Nazione	Disegno dello studio	Obiettivo	Popolazione	Risultati
Martinelli, N., Curci, V., Quarantiello, A., & Saldalamacchia, G. (2019). Italia	Revisione della letteratura (Studio di fase II randomizzato in doppio cieco) + case report.	L'obiettivo dello studio è volto alla discussione del razionale dello standard di cura delle ulcere da piede diabetico e presentare il nuovo approccio terapeutico con la terapia foto dinamica.	La popolazione è composta da 62 pazienti di età adulta (> 18 anni) con ulcera da piede diabetico infetta. Per il case report la popolazione è composta da due uomini e due donne di età adulta (> 18 anni).	Tutti i partecipanti hanno avuto un miglioramento in termini di guarigioni dell'ulcera da piede diabetico in seguito all'applicazione della terapia foto dinamica con fotosensibilizzanti.
Pantò, F., Adamo, L., Giordano, C., & Licciardello, C. (2020). Italia	Revisione della letteratura (Studio di fase II randomizzato in doppio cieco e controllato con placebo) + case report	L'obiettivo dello studio è volto a dimostrare l'efficacia della terapia foto dinamica nella riduzione delle infezioni da piede diabetico.	La popolazione è composta da 16 adulti (> 18 anni) con ulcere croniche delle gambe e 16 soggetti con DFU. La popolazione per il case report è composta da tre uomini e una donna di età adulta (> 18 anni).	A differenza dei pazienti trattati dal placebo, i pazienti con trattamento attivo hanno dimostrato una riduzione della carica batterica dopo il trattamento ($p < 0,0001$). Dopo tre mesi, solamente il 50% con ulcere croniche della gambe trattati attivamente con fotosensibilizzante, ha mostrato una guarigione completa, rispetto al 12% dei pazienti trattati con placebo.
Brocco, E., Curci, V., Da Ros, R., Miranda, C., Boschetti, G., Barone, S., Tedeschi, A., Salutini, E., & Anichini, R. (2020). Italia	Studio di fase II	Lo scopo di questo articolo è presentare l'esperienza clinica di 5 diversi centri di Ulcere da Piede Diabetico in Italia (Abano Terme, Milano, Monfalcone, Pistoia e Pordenone) per valutare l'efficacia della terapia foto dinamica con RLP068 durante il periodo di un anno (Dicembre 2018 – Novembre 2019)	Sono stati analizzati i dati di 22 pazienti (15 maschi e 7 femmine) con età media 69,2 anni.	I risultati mostrano, grazie all'impiego della terapia foto dinamica, una riduzione degli agenti microbici coinvolti nell'ulcera, la facilitazione della guarigione dell'ulcera, il tasso di guarigione (9 su 22) e di amputazione (1 su 22).
Mannucci, E., Genovese, S., Monami, M., Navalesi, G., Dotta, F., Anichini, R., Romagnoli, F., & Gensini, G. (2014). Italia	Studio randomizzato, in doppio cieco, dose-risposta, controllato con placebo	Lo scopo di questo studio è valutare l'effetto antimicrobico e la tollerabilità di una singola dose di gel fotoattivo contenente RLP068 nel trattamento di ulcere del piede infette in soggetti con diabete	La popolazione è composta da 62 pazienti con età > 18 anni, affetti da diabetica di tipo 1 o 2 e con ulcera da piede diabetico	È stata osservata una riduzione dipendente della dose della carica microbica totale (-1.92 ± 1.21 , -2.94 ± 1.60 e -3.00 ± 1.82 LogCFU/ml per 0.10, 0.30 e 0.50% di RLP068 rispettivamente) rispetto al placebo (-1.00 ± 1.02 LogCFU/ml) immediatamente dopo l'illuminazione. La differenza era statisticamente significativa ($p \leq 0.001$) solo per le due concentrazioni più alte di RLP068
Rosa, L. P., da Silva, F. C., Vieira, R. L., Tanajura, B. R., da Silva Gusmão, A. G., de Oliveira, J. M., dos Santos, N. A. C., & Bagnato, V. S. (2017). Brasile	Case study	Lo scopo è dimostrare l'efficacia della terapia foto dinamica	La popolazione è composta da una donna di 82 anni, con diabete di tipo 2, affetta da ulcera da piede diabetico	Riduzione totale della ferita da piede diabetico

Le ulcere da PD sono associate ad un'elevata mortalità, morbidità e costi sanitari. Il processo di guarigione naturale è spesso ritardato da infezioni o da colonizzazioni batteriche che potrebbero portare anche a gravi complicanze, come l'amputazione. Inoltre, il trattamento antibiotico potrebbe avere un successo limitato a causa dello sviluppo della resistenza batterica. Gli studiosi Martinelli, Curci, Quarantiello e Saldalamacchia, nello studio da loro pubblicato, hanno preso in considerazione tale problematica asserendo come la colonizzazione batterica delle ulcere sia comunemente coinvolta nel ritardo di guarigione e l'infezione è associata ad un alto rischio di fallimento del trattamento (17). Hanno inoltre riportato l'incidenza delle recidive delle ulcere da piede diabetico che si verificano in circa il 40% dei pazienti entro un anno dalla remissione. Gli autori hanno discusso le opzioni di trattamento per la gestione delle ulcere da piede diabetico già ben consolidate, come lo sbrigliamento chirurgico, le medicazioni, l'alleggerimento della ferita, la valutazione vascolare, la gestione attiva delle infezioni e il controllo glicemico; tuttavia, un ampio spettro di nuovi interventi è in continuo sviluppo per migliorare la guarigione delle ferite. Il trattamento delle ulcere infette da piede diabetico richiede un'appropriata terapia antibatterica sistemica, solitamente basata su antibiotici scelti in base a colture tissutali. I batteri Gram-positivi rappresentano una percentuale significativa delle infezioni, con un aumento della presenza dello *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) negli ultimi anni. In una minoranza di pazienti, le ulcere da piede diabetico non guarirebbero con il trattamento standard, o la guarigione sarebbe associata a un onere sociale molto elevato, come un'assistenza di lunga durata e costi elevati. È proprio in quest'ottica che nasce l'esigenza di trovare interventi alternativi – come la terapia foto dinamica – in grado di vincere anche il problema della resistenza batterica agli antibiotici, con l'obiettivo di uccidere gli agenti microbici lasciando abbastanza illese le cellule circostanti. Tali tecniche utilizzano l'assorbimento di fotoni da parte di specifici cromofori. Per esempio, la terapia foto dinamica (PDT) impiega un fotosensibilizzante, un colorante che viene attivato da una luce di lunghezza d'onda appropriata. Una volta attivato, il colorante agisce come intermediario per generare specie reattive dell'ossigeno, che avviano ulteriori risposte ossidative a livello locale con componenti della parete cellulare batterica, membrane cellulari, enzimi o acidi nucleici.

Anche gli autori F. Pantò, L. Adamo, C. Giordano e C. Licciardello hanno dimostrato il razionale della terapia antimicrobica foto dinamica spiegando come la PDT si basi sull'applicazione di un colorante non tossico o di un fotosensibilizzante (PS) all'area della lesione, che viene poi esposta alla luce. La luce rossa o nel vicino infrarosso è usata più spesso perché ha un alto potenziale di penetrazione nei tessuti. Le specie reattive dell'ossigeno (ROS) vengono generate quando l'energia o gli elettroni vengono trasferiti dal PS eccitato dalla luce all'ossigeno ambientale. In seguito alla produzione di ROS, aumenta la concentrazione di ossidazione che porta all'uccisione delle cellule. I ROS come l'ossigeno singoletto, gli anioni superossido e i radicali idrossilici agiscono su molte molecole diverse (per esempio proteine, lipidi e acidi nucleici) in modo che lo sviluppo di resistenza da parte dei microbi è molto improbabile. Inoltre, l'agente non viene necessariamente internalizzato dalla cellula per ucciderla; così, un altro meccanismo di resistenza viene saltato (18). Questo meccanismo d'azione non determina la resistenza foto-antimicrobica né altera la sensibilità ai farmaci antibatterici convenzionali, il che rende

possibile l'utilizzo della PDT come un'aggiunta al trattamento antibiotico farmacologico. Inoltre, i foto-antimicrobici agiscono su molti bersagli: batteri Gram-positivi e Gram-negativi, funghi, virus e protozoi, e questo può facilitare l'uso empirico. Gli effetti di uccisione sono rapidi, mentre gli antibiotici convenzionali possono richiedere lunghi periodi di tempo per diventare efficaci.

RLP068, in particolare, è un derivato cationico della ftalocianina di zinco, attivato dell'esposizione a luce rossa. È stato sviluppato come trattamento topico per le infezioni batteriche e fungine superficiali. In seguito alla fotoattivazione di RLP068, vengono prodotti ossigeno singoletto e altri ROS, con conseguente effetto rapido, ad ampio raggio, battericida e fungicida che sono in grado di colpire una serie di obiettivi cellulari, tra cui la membrana cellulare e/o la parete, il citoplasma e i componenti cellulari. Inoltre, a causa del gran numero di bersagli cellulari e della rapidità d'azione, la possibilità di sviluppare resistenza al trattamento da parte dei patogeni è molto bassa.

L'efficacia della terapia foto dinamica è stata valutata anche dagli studiosi E. Brocco, V. Curci, R. Da Ros, C. Miranda, G. Boschetti, S. Barone, A. Tedeschi, E. Salutini e R. Anichini che, dall'analisi degli studi condotti, dei 22 casi riportati, la guarigione è stata osservata per 9 DFU (40%) e l'amputazione è stata necessaria in un solo caso. L'uso di antibiotici o altri trattamenti non è stato osservato per influenzare la guarigione delle ulcere. In generale, l'area della ferita è rimasta stabile o diminuita in tutti i casi con una sola eccezione, che tuttavia è risultata diminuire al controllo successivo. Su T1, l'area di 13 ulcere ha presentato un'area inferiore e in 3 casi la riduzione dell'area superava il 50%. Altre 2 ulcere sono diminuite in diametro di almeno il 50% al controllo finale. Così, alla vista finale, il 68% dei pazienti era guarito o la loro area dell'ulcera era ridotta di > 50%. Inoltre, è stata riscontrata una riduzione delle lesioni infette. La diminuzione dell'area dell'ulcera osservata nella maggior parte dei casi già al T1, indipendentemente dalle caratteristiche dell'ulcera, potrebbe essere correlato alla variabilità dei bersagli cellulari e alla rapidità d'azione dei ROS prodotto dal RLP fotoattivo. Tali risultati sono stati condivisi anche dagli autori L. Pereira Rosa, F. da Silva, R. Viera, B. Tanajura, A. Gusmao, J. De Oliveria, N. dos Santos e V. Bagnato in cui, nello studio da loro condotto, affermano i benefici che la stimolazione laser attua per la guarigione delle ferite in applicazioni cliniche nell'uomo.

La valutazione dell'effetto antimicrobico e della tollerabilità del gel fotoattivo contenente RLP068 nel trattamento di ulcere dal piede infette è stata verificata anche dallo studio condotto da E. Manucci, S. Genovese, M. Monami, G. Navalesi, F. Dotta, R. Anichini, F. Romagnoli e G. Gensini. Lo studio ha infatti dimostrato che RLP068 fotoattivo è in grado di indurre una riduzione dose-dipendente della carica microbica totale e patogena nelle ulcere del piede infette in paziente con diabete. I dati ottenuti hanno pertanto confermato l'efficacia del trattamento foto dinamico in un contesto clinico e non sono state osservate reazioni locali con qualsiasi dosaggio, indipendentemente dalle dimensioni delle lesioni trattate. L'endpoint principale dello studio era infatti la riduzione della carica microbica, indipendentemente dal miglioramento clinico generale. Gli autori hanno asserito che non ci si può aspettare che una singola somministrazione di un agente antimicrobico determini risultati clinici rilevanti (19). Infatti, ulteriori studi clinici con ripetute somministrazioni del farmaco dovrebbero essere eseguiti per verificare gli effetti di RLP068 sui segni clinici dell'infezione. Nonostante queste limitazioni, il presen-

te studio dimostra che la terapia antimicrobica con RLP068 è un'opzione potenzialmente valida nel trattamento delle ulcere del piede in pazienti diabetici e in combinazione con antibiotici sistemici.

DISCUSSIONE

Questa revisione della letteratura mira a fornire le ultime evidenze scientifiche presenti in letteratura sull'impiego della terapia foto dinamica con fotosensibilizzanti in grado di curare le ulcere da piede diabetico. I risultati dei 5 articoli presentati e inclusi nella presente revisione forniscono pertanto una panoramica sull'efficacia dell'impiego della terapia foto dinamica. Inoltre, la presente revisione della letteratura evidenzia l'importanza di una corretta educazione terapeutica circa l'impiego della terapia foto dinamica e l'importanza di una corretta comprensione di essa. Il contributo da parte del personale sanitario risulta essere di fondamentale importanza per poter fornire un miglioramento in termini assistenziali, garantendo un'assistenza sanitaria personalizzata ed efficiente per le persone affette da ulcere da piede diabetico, prevenendo l'insorgenza di complicanze gravi. Alla luce di queste considerazioni si può pertanto dedurre come i pazienti affetti da lesioni da piede diabetico manifestino una qualità di vita differente, spesso peggiore, rispetto alla condizione di vita precedentemente l'instaurarsi della complicanza. In particolare, i pazienti affetti da ulcere da piede diabetico hanno restrizioni sulla mobilità e scarso aggiustamento psicosociale (20).

L'evoluzione del piede diabetico potrebbe infatti portare il paziente ad una condizione di disagio psicologico, con conseguente peggioramento della qualità di vita. Indipendentemente dalla cultura e dall'area geografica, l'impatto del diabete e la successiva ulcerazione del piede hanno un effetto devastante sul benessere del paziente, portando all'isolamento sociale, difficoltà finanziarie e l'impatto sullo stile di vita derivante dalla loro lesione e lo stigma ad esse associato (21).

Tali modifiche creano un peggioramento della qualità di vita dell'assistito e risulta pertanto di fondamentale importanza – al fine di ridurre il rischio che i pazienti non seguano le prescrizioni e le indicazioni adeguate – una valutazione globale del paziente, cognitiva e sociopsicologica, oltre che medica. La condizione di disagio in cui il paziente vive induce il soggetto ad una minore aderenza non solo in merito alle prescrizioni mediche ma anche circa i programmi di autocura e gestione del piede.

Tale presupposto fa sì che i pazienti affetti da piede diabetico debbano sempre porre molta attenzione alle indicazioni terapeutiche circa la cura dei propri piedi, effettuando visite regolari da personale medico e podologo per riuscire ad identificare e individuare precocemente e tempestivamente la comparsa di lesioni e/o deformità dell'arto. In aggiunta ad una corretta ispezione ed igiene giornaliera del piede, tali pazienti devono sempre indossare calzature appropriate che evitino traumi del piede; motivo per cui sono indicate scarpe con pianta larga e con tacchi inferiori ai quattro centimetri che riducano la compressione metatarsale.

Dalla revisione della letteratura condotta si può notare come un diverso approccio terapeutico sia in grado di portare significativi benefici alla persona, nell'ottica della guarigione e del benessere.

L'infermiere, nell'ambito della gestione assistenziale delle ulcere da piede diabetico, attua interventi di natura tecnico-assistenziale e di natura scientifica utilizzando strumenti e scale di valutazione per valutare l'entità e le caratteristiche della lesione e al fine di validare eventuali miglioramenti. Tale momento rappresenta una delle fasi cruciali del processo

assistenziali in quanto, una corretta valutazione dello stato della lesione e un miglioramento in termini di guarigione, oggettivata tramite scale di valutazione e strumenti adeguati, è indispensabile per definire una corretta pianificazione degli interventi assistenziali.

Inoltre, l'infermiere ha la responsabilità di valutare le caratteristiche e la stadiazione della lesione presa in oggetto e si assicurerà che l'individuo sia in grado di riconoscere segni e sintomi dell'infiammazione e/o ogni cambiamento rispetto alla condizione precedente. L'intervento educativo è dunque necessario al fine di migliorare il trattamento e la guarigione della lesione ed essere incisivi sulla prevenzione delle recidive. Nell'ottica di un approccio olistico e multidisciplinare al paziente, l'infermiere deve contribuire allo sviluppo di una cultura nei confronti dell'utilizzo della terapia foto dinamica. Gli interventi educativi ed informativi non devono solo essere rivolti all'assistito ma anche ai caregivers e ai famigliari. È di fondamentale importanza riuscire a sviluppare una cultura al fine di promuovere la conoscenza di interventi innovativi che vadano a potenziare, migliorare ad affinare il percorso assistenziale. In vista di tali indicazioni si potrebbe inoltre ottenere un miglioramento in termini di costi sanitari in quanto, le lesioni da piede diabetico, oltre che ad uno stato di sofferenza per il paziente, portano all'insorgenza di complicanze che gravano sull'economia ospedaliera.

Dall'argomento trattato evince l'importanza di utilizzare strumenti sempre più innovativi che, garantendo il continuo progresso scientifico, offrano un approccio terapeutico differente e più innovativo, con l'obiettivo primario di fornire il miglior trattamento possibile, non invasivo e indolore.

La ricerca dovrebbe pertanto continuare ad analizzare metodologie di cura a riguardo per approfondire l'argomento trattato e sperimentare l'efficacia dell'intervento. Risulta pertanto fondamentale, nell'ottica del progresso scientifico, ampliare la diffusione di nuovi mezzi, supportati da evidenze scientifiche, che conducano alla formulazione di idee e strategie innovative nella gestione della cura delle patologie da piede diabetico, al fine di ottenere supporti riguardo a studi già condotti e presenti nella letteratura per poter agire con maggiore accuratezza e attinenza secondo il metodo scientifico.

CONCLUSIONI

L'insorgenza delle ulcere da piede diabetico rappresenta un problema di grande impatto che inficia significativamente sullo stile di vita dell'assistito. Questa revisione della letteratura fornisce pertanto un primo contributo volto a riassumere l'evidenza attuale e più innovativa sul tema della gestione delle ulcere da piede diabetico, al fine di identificare e trattare precocemente e correttamente le ulcere da piede diabetico, prevenendo l'insorgenza delle complicanze.

In conclusione, dall'analisi della revisione della letteratura condotta, possiamo affermare che la terapia foto dinamica mostra due vantaggi principali rispetto alla terapia antibiotica farmacologica: non induce resistenza ai microrganismi e riduce la necessità di utilizzare farmaci sistemici. La terapia foto dinamica, dunque, permette l'aumento della circolazione sanguigna locale, la proliferazione cellulare, il miglioramento dei processi cellulari e subcellulari necessari per la formazione di collagene e l'aumento della sintesi di ATP e dell'azione dei linfociti. Inoltre, oltre all'effetto antibatterico, la PDT ha anche dimostrato di diminuire la quantità di tossine batteriche, aumentare la produzione di citochine pro-infiammatorie e l'attività fibroblastica con la produzione di collagene e promuovendo la produzione dei fattori di crescita dell'endotelio vascolare e dei cheratinociti. Probabilmente tali processi avvengono in

seguito alla stimolazione, da parte della terapia foto dinamica, della fosforilazione ossidativa in grado di ridurre le risposte infiammatorie, garantendo così effetti benefici sull'infiammazione e sulla guarigione.

Possiamo però riconoscere alcune limitazioni degli studi: la ridotta dimensione del campione, che potrebbe indurre la necessità di ulteriori studi; l'aumento dei costi di trattamento delle lesioni, dovuto alla necessità di spazi ambulatoriali adeguati ad applicare la terapia e la durata del trattamento. Per quanto riguarda i costi, possiamo affermare che sono bilanciati dalla riduzione del tempo di guarigione delle ulcere croniche che altrimenti richiederebbero tempi più lunghi con maggior dispendio di risorse economiche e non economiche. Infine, possiamo considerare come un aspetto positivo il fatto che questo trattamento permette di guarire parti di tali lesioni ulcerative cronicamente infette che sono già state trattate senza successo con tutti i metodi disponibili (locali e sistemici) per l'eradicazione delle infezioni e della riduzione dell'infiammazione.

La scarsa presenza di studi presenti in letteratura è probabilmente un'ulteriore limitazione della presente revisione. Pertanto, può essere utile ampliare la diffusione di nuove pratiche e strategie analizzate al fine di poter essere supportate da evidenze scientifiche per poter consentire la continua sperimentazione e ricerca dell'ambito della cura e della gestione del piede diabetico.

Difatti, la ricerca dovrebbe continuare lo studio e l'analisi delle metodologie più innovative per poter approfondire la tematica trattata e sperimentare, anche su larga scala, l'efficacia degli interventi discussi.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della salute. Giornata mondiale del diabete 2018. (consultata il 06 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=n ull&id=3536#:~:text=Nel%202014%20era%20stima-ta%20pari,on%20diabetes%2C%20OMS%202016.
- Diabete – Aspetti Epidemiologici – Epicentro. (consultata il 06 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.epi-centro.iss.it/diabete/epidemiologia#:~:text=Secondo%20l'Oms%20Europa%2C%2052,10%2D14%25%20della%20popolazione>.
- Istat – Report statistiche. Il diabete In Italia Anni 2000 – 2016. (consultata in data 06 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/202600>.
- Istat – Il Diabete in Italia. 2000-2016. (consultata in data 06 Aprile 2016). Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files/2017/07/REPORT_DIABETE.pdf
- Anice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Brunner & Sud-darth. Infermieristica medico-chirurgica. Volume 1. CEA; 2017. Pag. 1136
- Diabete – Aspetti Epidemiologici – Epicentro. (consultata il 06 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.epi-centro.iss.it/diabete/epidemiologia#:~:text=Secondo%20l'Oms%20Europa%2C%2052,10%2D14%25%20della%20popolazione>.
- Sorveglianza Passi 2015 – Epicentro. (consultata il 07 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.epi-centro.iss.it/passi/infoPassi/archivio2015>.
- Diabete – Aspetti Epidemiologici – Epicentro. (consultata il 07 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.epi-centro.iss.it/diabete/epidemiologia#:~:text=Secondo%20l'Oms%20Europa%2C%2052,10%2D14%25%20della%20popolazione>.
- Giornata mondiale del diabete 2019 – Ministero della Salute. (consultata il 07 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal ministero&id=3960.
- Bellingeri A. Prontuario del Wound Care. CdG; 2020. Pag. 34
- Testa C. Il piede diabetico è traditore. 2020 pp. 92-93
- Bellingeri A. Prontuario del Wound Care. CdG; 2020. pp. 26-27
- Il piede diabetico: definizioni – InfezMed. Pag. 1 (consultata l'08 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: [https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_itIT981IT981&q=Nel+1998+l%27OMS+\(13\)+ha+definito+il+piede+d iabetico+come+una+condizione+d%E2%80%99infezio ne,+ulcerazione+e/o+distruzione+dei+tessuti+profondi +associato+ad+anomalie+neurologiche+e+vari+gradi+ di+vasculopatia+periferica+degli+arti+inferiori.&spell=1 &sa=X&ved=2ahUKEwiJ69j878f0AhUCCewKHT0FBn oQBSgAegQIARA2&biw=1280&bih=616&dpr=1.5](https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_itIT981IT981&q=Nel+1998+l%27OMS+(13)+ha+definito+il+piede+d iabetico+come+una+condizione+d%E2%80%99infezio ne,+ulcerazione+e/o+distruzione+dei+tessuti+profondi +associato+ad+anomalie+neurologiche+e+vari+gradi+ di+vasculopatia+periferica+degli+arti+inferiori.&spell=1 &sa=X&ved=2ahUKEwiJ69j878f0AhUCCewKHT0FBn oQBSgAegQIARA2&biw=1280&bih=616&dpr=1.5).
- Il piede diabetico: definizioni – InfezMed. Pag. 1 (consultata l'08 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: [https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_itIT981IT981&q=Nel+1998+l%27OMS+\(13\)+ha+definito+il+piede+d iabetico+come+una+condizione+d%E2%80%99infezio ne,+ulcerazione+e/o+distruzione+dei+tessuti+profondi +associato+ad+anomalie+neurologiche+e+vari+gradi+ di+vasculopatia+periferica+degli+arti+inferiori.&spell=1 &sa=X&ved=2ahUKEwiJ69j878f0AhUCCewKHT0FBn oQBSgAegQIARA2&biw=1280&bih=616&dpr=1.5](https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_itIT981IT981&q=Nel+1998+l%27OMS+(13)+ha+definito+il+piede+d iabetico+come+una+condizione+d%E2%80%99infezio ne,+ulcerazione+e/o+distruzione+dei+tessuti+profondi +associato+ad+anomalie+neurologiche+e+vari+gradi+ di+vasculopatia+periferica+degli+arti+inferiori.&spell=1 &sa=X&ved=2ahUKEwiJ69j878f0AhUCCewKHT0FBn oQBSgAegQIARA2&biw=1280&bih=616&dpr=1.5).
- Società Italiana di Diabetologia – Comunicato Stampa del 03/2019. Focus sul piede diabetico: l'Italia all'avanguardia nel mondo nel trattamento e nella rete assistenziale. Pag. 1. (consultata l'08 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.siditalia.it/comunicati-stampa/send/106-comunicati-stampa/4640-comunicato-sid-3-19-focus-sul-piede-diabetico>.
- Società Italiana di Diabetologia – Comunicato Stampa del 03/2019. Focus sul piede diabetico: l'Italia all'avanguardia nel mondo nel trattamento e nella rete assistenziale. Pag. 1. (consultata il 09 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.siditalia.it/comunicati-stampa/send/106-comunicati-stampa/4640-comunicato-sid-3-19-focus-sul-piede-diabetico>.
- Martinelli N., Curci V., Quarantiello A., & Saldalamacchia G. The benefits of antimicrobial photodynamic therapy with RLP068 in the management of diabetic foot ulcers. *Drugs in Context*; 2020. Pagg. 1–8.
- Pantò F., Adamo L., Giordano C., & Licciardello C. Efficacy and safety of photodynamic therapy with rlp068 for diabetic foot ulcers: A review of the literature and clinical experience. *Drugs in Context*; 2020. Pagg. 1–7.
- Mannucci E., Genovese S., Monami M., Navalesi G., Dotta F., Anichini R., Romagnoli F., & Gensini G. Photodynamic topical antimicrobial therapy for infected foot ulcers in patients with diabetes: A randomized, double-blind, placebocontrolled study - The D.A.N.T.E (Diabetic ulcer Antimicrobial New Topical treatment Evaluation) study. *Acta Diabetologica*; 2020. Pagg. 435–440.
- Spanos K., Salepsis V., Athanasoulas A., Karathanos C., Bargiota A., Chan P., & Giannoukas A. D. Factors Associated with Ulcer Healing and Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcer. *Angiology*; 2017. Pagg. 242–50.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Congresso di Firenze, documento di posizionamento. Gestione locale delle ulcere del piede diabetico. *Wounds International*; 2016. Pag. 12. (consultata il 10 Aprile 2021). Disponibile all'indirizzo: file://wuwhs_dfus_italian_web.pdf

Le perle di Baldini Infermiere

Mi hanno chiesto di parlare di infermiere di famiglia. E sono andato decisamente in crisi. In primo luogo, perché sono decisamente ignorante in materia, ed esprimere un'opinione su qualcosa che conosco poco mi crea sempre un po' di fastidio; inoltre, perché ho ben impresso nella mia memoria che in Italia mancano 65.000 infermieri. E siccome i miei filtri sono minimi, mi chiedo immediatamente dove vogliamo andare... d'istinto mi viene da dire che se non riusciamo a garantire una "qualità" nell'assistenza ospedaliera con un numero sufficiente di professionisti, come possiamo pensare di realizzare un'assistenza infermieristica sul territorio degna di questo nome?

Poi ho provato a lasciare da parte la nota polemica, e mi sono ri-approcciato all'argomento nell'unico modo possibile che ho, cioè partendo dalla mia esperienza personale. So per certo che gli infermieri sono necessari a livello domiciliare... e sono sicuro che gli infermieri ricoprono un ruolo determinante nell'assistenza sul territorio. La presenza di un riferimento professionale in ambito domiciliare garantirebbe un valido e costante supporto al paziente e alla sua famiglia. La presenza - costante di un infermiere permetterebbe una migliore efficacia nella cura e nell'assistenza al domicilio del paziente, spesso anticipando, prevenendo ed evitando il ricorso all'ospedalizzazione.

Stabilito quindi che l'infermiere è fondamentale anche a livello territoriale, alcune domande mi sorgono spontanee... "Ci sono gli infermieri sul territorio?" "E se ci sono, cosa fanno?" E anche qui brancolo nel buio. E il dilemma rimane. Sono io ignorante in materia, che non conosco quello che fanno i colleghi, oppure - come spesso accade - "noi infermieri lavoriamo come muli ma non sappiamo valorizzare il nostro ruolo e le nostre competenze..." "Oppure - ancora peggio - "l'infermiere sul territorio è un'utopia o un miraggio?"

E mentre cerco di dare una risposta a queste domande, ripenso ad un mio viaggio in Spagna. Mi ricordo in quell'occasione di avere avuto bisogno di una guardia medica turistica per una impegnativa per l'acquisto di un farmaco. La sala d'attesa era grande e c'erano diversi ambulatori. Ricordo perfettamente quello che c'era scritto fuori da uno di essi: "Pilar - non ricordo il cognome - Enfermera familiar y Comunitaria". Ricordo lo stupore e l'orgoglio nel vedere quella targa. E mi immagino un futuro, spero non lontano, in cui al mio arrivo a casa di un paziente con l'auto infermieristica 118 troverò ad accogliermi una "Pilar infermiera di famiglia"...

Infermiere e territorio: lo sguardo di Stefano Tartarotti



Stefano Tartarotti è nato in Alto Adige, trasferito a Milano per frequentare la Scuola del Fumetto e dopo il diploma illustratore per quotidiani e riviste a tiratura nazionale e autore di numerose copertine di libri.

Ha lavorato nell'ambito dell'editoria per l'infanzia e da diversi anni disegna anche storie autobiografiche e di satira. Le sue creazioni prima postate solo sul suo blog personale, sono state pubblicate anche su quotidiano online Il Post e sono state 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.

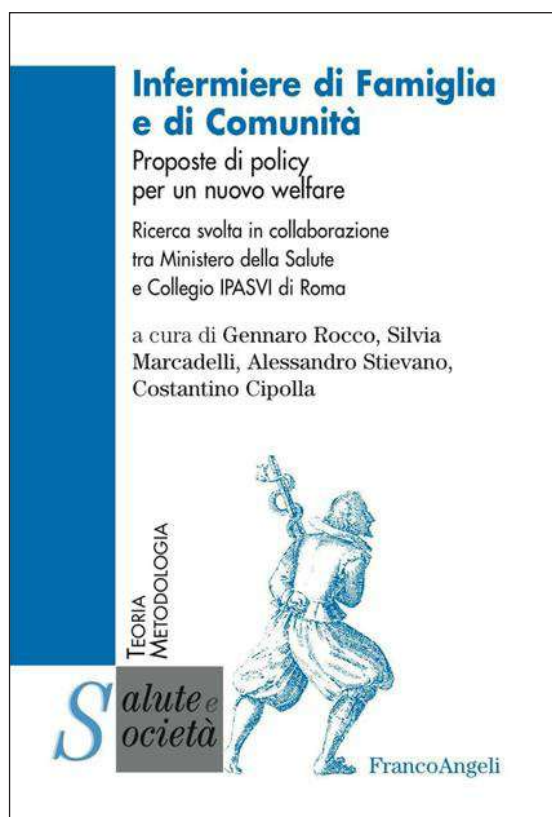
Questo è il suo blog: <https://tartarotti.wordpress.com>

Questa la sua pagina Instagram: https://instagram.com/stefano_tartarotti?igshid=lti0c45bvgh7

Questo è il suo sito: www.tartarotti.com

Grazie Stefano

Worth of Reading



INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ.

Proposte di policy per un nuovo welfare

Autori e curatori:

Gennaro Rocco, Silvia Marcadelli, Alessandro Stievano, Costantino Cipolla

Franco Angeli Editore

1a ed. 2017

Questo volume si pone come obiettivo di dimostrare come l'infermiere di famiglia e di comunità sia indispensabile, nell'attuale sistema sanitario, per affrontare l'odierna trasformazione in atto nella clinical governance e come debba costituire un punto di riferimento nelle cure dell'assistenza socio-sanitaria integrata.

Ripercorrendo le tappe che nel panorama internazionale hanno concorso a costituire, anche in Italia, la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, si è svolta la prima ricerca nazionale sul tema condotta con una metodologia di tipo quali-quantitativo, al fine di meglio analizzare, e favorire, la legittimazione della figura professionale. L'indagine si è avvalsa di una web-survey (a cui hanno risposto circa 2000 infermieri) e di interviste mirate a 138 soggetti significativi in otto Regioni, con lo scopo di descrivere i modelli organizzativi e i profili formativi e professionali vicini all'Infermieristica di Famiglia e Comunità.

POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

E-book FNOPI – Empowering nurses

Roma, luglio 2020- Integrazioni settembre 2020

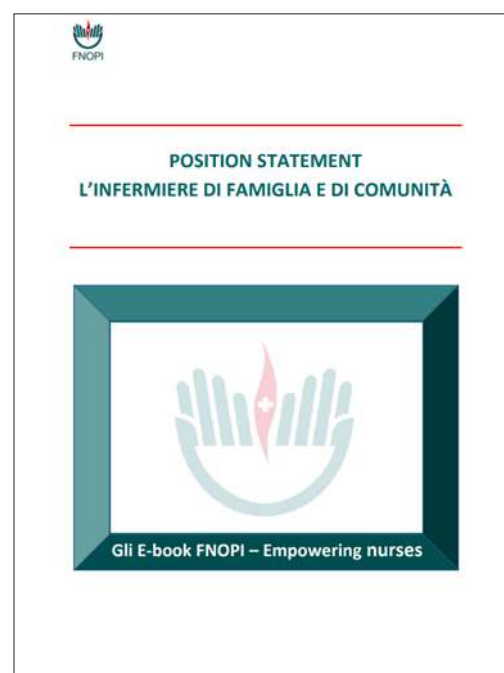
Deliberato dal Comitato Centrale FNOPI

il 19 settembre 2020

Pubblicato dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Sanitarie, la position statement sull'infermiere di famiglia e di comunità per definire la propria visione sul suo ruolo, per ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a una definizione univoca del modello, riconoscibile sia all'interno che all'esterno della professione infermieristica

Testo consultabile integralmente utilizzando il seguente link:

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>





INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA. Una guida per prendersi cura del sistema famiglia

Autori: Zahra Shajani, Diana Snell

Curatori: A. Brugnolli, L. Cavada, J. Longhini, D. Pedrotti, L. Saiani

Il Pensiero Scientifico Editore 2021

Gli infermieri hanno la responsabilità etico-deontologica di coinvolgere con compassione e competenza le famiglie nella cura assistenziale, per il significativo impatto che questo ha sulla salute e sul benessere di tutti i componenti del nucleo familiare. Lo sviluppo e l'evoluzione dell'assistenza infermieristica familiare sono dunque andati oltre il dibattito sull'opportunità o meno di attuare la cura centrandosi sulle famiglie, per concentrarsi maggiormente su come coinvolgerle.

Questo libro, in cui vengono affrontati problemi in una varietà di contesti professionali, inclusi ospedale, cure primarie, scuola, comunità, pazienti ambulatoriali e a domicilio, fornisce agli infermieri linee guida e competenze specifiche da considerare quando devono condurre incontri con la famiglia, dal primo colloquio fino alla dimissione o alla fase terminale.

La prima parte del testo è dedicata alla esplicitazione del Calgary Family Assessment Model e del Calgary Family Intervention Model, mentre la seconda parte tratta le modalità operative per conduzione e gestione del colloquio. Infine vengono fornite indicazioni per la gestione dei colloqui e la conclusione degli interventi infermieristici.

Il libro rappresenta quindi una guida pratica e ricca di esempi che delinea le conoscenze e le abilità necessarie per attuare interventi con le famiglie attraverso relazioni collaborative. Una risorsa preziosa anche per i formatori infermieristici allo scopo di aggiornare le conoscenze e le abilità degli infermieri nell'assistenza centrata sulla famiglia.

STORIE DI PERSONE, VOCI DI INFERMIERI

Un approccio innovativo allo studio della bioetica e della deontologia di Paola Gobbi, Rosa Anna Alagna, Daiana Campani, Annalisa Colombo, Elisa Crotti, Doriana Montani, Claudia Passoni, Debora Rosa, Ornella Teti

Mc Graw-Hill Education 2020

Il testo, esordio editoriale del gruppo del Laboratorio di Nursing Narrativo di Milano, rappresenta un utile strumento per la formazione degli studenti universitari e per l'aggiornamento professionale.

Vengono affrontate diverse tematiche, proponendosi come una raccolta di casi a valenza etica, narrati direttamente dagli infermieri che li hanno vissuti. Viene così raccontata la quotidianità dell'assistenza infermieristica e i dilemmi etici che si presentano ai professionisti quando rispondono ai bisogni delle persone e delle loro famiglie.

Le storie narrate suddivise per temi spaziano dalla bioetica del quotidiano (informazione e consenso, privacy e comunicazione) alla bioetica di frontiera (inizio e fine vita, anziani e cronicità, sperimentazione e ricerca), ma affrontano anche i problemi etici che si presentano nella formazione delle future generazioni di infermieri e nell'organizzazione dei servizi assistenziali.

Un intero capitolo è dedicato al confronto internazionale (Nursing around the world) e alle nuove sfide dell'infermieristica, con una riflessione sulla recente pandemia da COVID-19 ed il ruolo svolto dagli operatori sanitari nella gestione dell'emergenza.

Questo libro è destinato a tutti: studenti, infermieri, cittadini, istituzioni. È lo specchio di una professione che si interroga sul proprio contributo nel mondo della cura, e che ci fornisce uno spaccato di professionalità, competenza, e umanità tanto delicato quanto prezioso.



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

Peer review

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

Cessione dei diritti

Si specifica che ogni autore che invierà un contributo è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Dovrà infatti pervenire come file di accompagnamento del manoscritto (una volta accettato per la pubblicazione) un documento in carta libera firmato da tutti gli autori che comunichi al Comitato Editoriale l'autorizzazione al trasferimento dei diritti di autore a Nursing Foresight. L'OPI Pavia potrà pertanto, direttamente o tramite terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, annotare, codificare, modificare e adattare (inclusando 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 ovvero: l'omogeneità, la fedeltà ad unico stile di citazione e l'accuratezza. Il Vancouver style è stato messo a punto nel 1978 durante un incontro tra gli editori delle più importanti riviste in ambito biomedico. Questo stile di citazioni è usato da MEDLINE e PubMed; per approfondire consultare la guida online "Citing Medicine : the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers" 2. ed., disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

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

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

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

Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Sadava D., Heller H. C., Orians G. H., Purves W. K. Principi di biologia. 3. ed. it. condotta sulla 8. ed. americana. Bologna: Zanichelli; 2011

- *Citare una monografia senza autori:* In presenza di una monografia dove compaiono solo i curatori si utilizza la dizione eds. che significa editors. Es.: Lenzi A., Lombardi G., Martino E., Vigneri R., eds. Endocrinologia clinica. Torino: Minerva medica; 2011

- *Citare i capitoli contenuti in una monografia:* Cito prima l'autore/ del capitolo, il titolo del capitolo [niente uso di virgolette], il titolo dell'opera [niente corsivo] in cui è contenuto preceduto da In: Es.: Fischer G. Recent progress in 1,2-dithiole- 3-thione chemistry. In: Katritzky A. R., editor. Advances in heterocyclic chemistry. Amsterdam: Elsevier; 2013

- *Citare un articolo in periodico cartaceo:* Cognome, Nome. Titolo. Titolo della rivista Anno; Vol.(fasc.): pagine. Il titolo del periodico è da scrivere in tondo ed è necessario abbreviarlo secondo le regole della National Library of Medicine. Le abbreviazioni potete trovarle in questo sito: <http://www.ais.up.ac.za/health/lsiweb.pdf> Es.: Amblee A. Dulaglutide for the treatment of type 2 diabetes. Drugs Today 2014; 50(4): 277- 289

- *Citare un articolo in periodico elettronico:* Si utilizza il medesimo stile che per gli articoli in cartaceo però viene aggiunta dopo il titolo del periodico la dicitura [Internet], la data di pubblicazione online, il numero di pagine a video, la data di consultazione e la URL. Es.: Day G.S., Laiq S., Tang-Wai D.F., Munoz D.G. Abnormal neurons in teratomas in NMDAR encephalitis. JAMA Neurol. [Internet]. 2014 [pubblicato il 28 aprile 2014; consultato: giugno 2014]; 71(6): [circa sei schermate]. Disponibile all'indirizzo: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1864090>

- *Citare le tesi di laurea:* Cognome iniziale del Nome. Titolo [tesi di laurea]. Luogo: Università, Anno. Es.: Fiore M. Valutazione della percentuale di H2O2 nel processo catodico di riduzione dell'O2 nelle celle a combustibile [tesi di laurea]. Siena: Università di Siena, 2014

- *Citare un capitolo di una monografia tratto da una risorsa in internet:* 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 homepage:* Pubchem.ncbi.nlm.nih.gov (Internet). Bethesda: National center for biotechnology information, U. S. National library of medicine; 2004-2014 (consultato il 30 giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>

- *Citare le farmacopee:* Nome ente autore. Titolo. Edizione. Volume [nel caso si consulta una farmacopea in più volumi]. Luogo di edizione: Editore; Anno. Es.: United States pharmacopeial convention. The United States pharmacopeia. 37. ed. Vol. 1. Rockville, The United States pharmacopeial convention; 2013

- *Citare i brevetti:* Per quello che riguarda i brevetti lo stile di citazione che consigliamo di adottare è quello della National library of medicine, visto che quelli adottati dalle riviste biomediche è per lo più carente. La citazione dovrà seguire quest'ordine: Cognome e iniziale del Nome, seguita dalla dizione inventore [nella lingua dell'inventore]; il Nome dell'ente, società legale, organizzazione o persone registrate come i titolari dell'invenzione [seguita dalla dizione richiedente, anche questa nella lingua originale]. Titolo. Paese del brevetto tipo del documento Codice del paese numero del brevetto. Data di pubblicazione [anno mese giorno]. Es.: Wisniewski S. J., Gemborys M., inventors; McNeil-Ppc, Inc., assignee. Method for percutaneous delivery of ibuprofen using hydroalcoholic gel. United States patent US 5093133A. 1992 March 3.