

INFERMIERE

OGGI

PERIODICO DI IDEE INFORMAZIONI E CULTURA DELL'OPI DI ROMA
INDICIZZATO CINAHL PER LA RICERCA



Nuovo Parlamento ed elezioni regionali alle porte

**CONTINUITÀ O
CAMBIAMENTO?**



Ecco il numero che ci tragherà alla fine di questo 2022, mentre prende forma il nuovo Governo del Paese e le elezioni regionali sono alle porte.

Come sarà la Sanità del futuro?

Noi speriamo sempre più prossima al cittadino e con un costante coinvolgimento degli infermieri e di tutti i professionisti sanitari nei processi decisionali.

Intanto, per quanto riguarda l'Ordine di Roma, è stata inaugurata ufficialmente la nuova sede in viale degli Ammiragli, intitolando l'Aula Consiliare a Ausilia Pulimeno, scomparsa di recente, alla presenza dei familiari.

"Una silenziosa vita al servizio della Salute": una vita che ne ha toccate tante, vista l'emozione palpabile durante la cerimonia...

A dicembre scadranno i termini per il raggiungimento dei crediti formativi necessari allo svolgimento della professione:

Infermiere Oggi propone diverse soluzioni e possibilità, oltre a un approfondimento legislativo nella rubrica dell'avvocato, per ribadire l'importanza e il valore degli Ecm per tutti i colleghi.

EDITORIALE

2_ La continuità di un bisogno
di Maurizio Zega



4_ Indagine conoscitiva sulle alterazioni del ritmo sonno/veglia negli infermieri turnisti.

Uno studio descrittivo nella realtà del Lazio
Alessio Serra, Sara Segatori, Natascia Mazzitelli

12_ Il percorso universitario della Professione infermieristica spiegato ai giovani.

Una scelta ancora condizionata da retaggi culturali

Giulia Pica, Valentina Pizziconi, Giuliana D'Elpidio, Andrea Gazzelloni

17_ Indagine conoscitiva sulla percezione sociale della professione infermieristica. Uno studio descrittivo su un campione di professionisti e studenti infermieri

Daniela Serra, Sara Segatori, Natascia Mazzitelli

27_ JBI Best Practice. Le esperienze dei docenti e del personale infermieristico che lavorano con gli studenti di Infermieristica durante il tirocinio clinico nelle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani

DAL CECRI

31_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

32_ Estratto della Linea Guida "Lungoviventi"

48_ Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI

51_ Ausilia Pulimeno nelle parole del professor Fara



52_ Alessandro Stievano nominato "Scholar" per la Società Infermieristica Transculturale (TCNS)

DALL'ORDINE

53_ Crediti ECM
Rispettare l'obbligo formativo entro il 31 dicembre 2022

54_ Costituita una Commissione paritetica di OPI Roma e dell'OMCeO della Capitale

55_ Taglio ufficiale del nastro e benedizione della nuova sede in viale degli Ammiragli

DALLA FNOPI

56_ La Federazione scrive al nuovo Parlamento per la Professione e la salute dei cittadini

57_ Infermieri di Polizia equiparati ai colleghi della Sanità pubblica e privata

DALLA REGIONE

58_ Tavolo comunale per la Salute
Ora un'analogha iniziativa dalla Regione

59_ "Spiagge serene" un progetto di educazione sanitaria nella Asl Roma 6

PILLOLE LEGALI

61_ L'Educazione Continua in Medicina-ECM
Normativa di riferimento, crediti obbligatori 2020/22
sanzioni applicabili per chi non è in regola con l'adempimento dell'obbligo formativo

64_ LA VIGNETTA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXII - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2022
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale degli Ammiragli, 67 - 00136 Roma
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile
Maurizio Zega

Segreteria di redazione
Gabriele Caggianelli, Claudia Lorenzetti, Desirée Rubei,
Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Giuseppe Amici, Lorella Calafato, Giuseppe Esposito,
Emanuele Lisanti, Nataschia Mazzitelli, Maria Grazia
Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco Scerbo,
Silvia Sterazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Stampa
Idealgraf S.r.l.
via Sicilia 6 - 06012 Città di Castello (PG)
tel. 075/8511613
Progetto grafico e impaginazione: Ars Media Group srl
Coperfina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepick.com
Finito di stampare: ottobre 2022
Tiratura: 500 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro
Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - Aut. n. 892/2020
Stampe in regime libero

INFERMIERE

OGGI

È una rivista trimestrale dell'OPI di Roma, strutturata in due sezioni: Scienze Infermieristiche e rubriche.

Lo scopo della rivista è promuovere lo sviluppo e la diffusione di contributi scientifici relativi alla teoria, alla formazione, all'organizzazione, all'ambito clinico-assistenziale e ad altri ambiti di interesse della disciplina infermieristica. Infermiere Oggi è indicizzata sulle Banche dati:

EBSCO Host: CINAHL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), CINAHL Plus with Full Text®, CINAHL complete®

ILISI (Indice Italiano della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche).



EDITORIALE

La continuità di un bisogno

di Maurizio Zega



La 'questione sanitaria' sembra scomparsa dai radar dei media e anche da quelli della politica. Non a caso, di sanità, nel corso della campagna elettorale, non si è sentito parlare praticamente mai, o quasi



È improbabile che, senza il concorso di medici e infermieri - che fanno e sono la sanità - si possa creare una nuova organizzazione del sistema sanitario regionale come quella abbozzata dal PNRR



Scriviamo mentre siamo nelle more della costituzione del nuovo governo a seguito delle elezioni politiche del 25 settembre scorso.

L'Ordine, si capisce, è Ente sussidiario dello Stato e, certo, non prende posizioni politiche in senso stretto. Può, però - e anzi deve - proprio per la sua natura giuridica, esaminare i risultati dell'azione di governo per quanto riguarda le nostre competenze, quelle della nostra Professione.

Non mancano le luci ma neppure le ombre.

Fra le prime, segnaliamo che l'adozione del PNRR sembra avviare la macchina del Servizio Sanitario Nazionale verso quel radicamento territoriale e di sistema salute proattivo che da sempre gli infermieri indicano come risposta indispensabile alla domanda di salute: da sempre, e ancora di più oggi, con il rapido e apparentemente inarrestabile declino demografico che ci rende una società di anziani. Anche di futuro infermieristico, timidamente, si è cominciato a parlare e sarebbe improprio non riconoscere come la consapevolezza di questo "macigno" che grava sulla sanità italiana da decenni si stia facendo largo, seppure con lentezza spesso esasperante.

Tra le ombre, c'è da dire che, a questa progressiva presa di coscienza, non sembra corrispondere un'adeguata azione amministrativa, tanto a livello statale quanto regionale.

Ciò è grave perché, a dispetto dell'irrefrenabile tendenza al rinvio della politica italiana, il tempo non è eterno. E se qualche esponente politico sembra essersene accorto, lanciando un vero e proprio allarme sulla carenza di infermieri, il sistema, nel suo complesso, sembra piuttosto immobile.

Ma intanto, la "questione sanitaria" sembra scomparsa dai radar dei media e, secondo quanto tristemente avviene di regola nel nostro Paese, anche da quelli della politica. Non a caso, di sanità, nel corso della campagna elettorale, non si è sentito parlare praticamente mai, o quasi.

Per quanto ci riguarda, come Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, va detto che, fra le conseguenze del voto anticipato, ci sarà anche quella del rinnovo, a breve, del Consiglio e del Presidente della Regione Lazio. Non ci compete entrare neppure in questo agone politico: la Regione però, non dimentichiamolo, è centrale, per le sue competenze in materia di sanità.

Noi, fin da ora, raccomandiamo di leggere bene i programmi politici dei vari *competitor*: se non contengono l'istituzione, a livello regionale, della Direzione Assistenziale - che gli Infermieri hanno il diritto e la dignità di pretendere - quelle forze politiche non dovranno avere il nostro voto.

Perché dipende anche da noi, da chi mandiamo a governarci, il futuro della sanità e quello della professione infermieristica.

“

I nostri valori, la nostra 'politica' non cambiano al mutare degli indirizzi determinati dall'esito delle elezioni, politiche o regionali che siano. La nostra 'politica' si chiama servizio

”

Una urgenza che, forse come mai prima, è condivisa da tutte le Professioni sanitarie: nello scorso settembre, abbiamo avviato un percorso di collaborazione e intesa con l'Ordine dei Medici, partendo da due, comuni consapevolezze. La prima: che il momento è delicato e grave; la seconda: che le professioni sanitarie vogliono poter contribuire a rendere le decisioni che la politica prenderà più facilmente compatibili con la realtà, grazie al bagaglio della loro esperienza professionale.

Per questo abbiamo dato vita ad una Commissione di lavoro che elaborerà una piattaforma condivisa e comune da presentare alle autorità regionali e alle forze politiche, anche in vista delle prossime elezioni regionali.

Fra i compiti che la legge assegna agli Ordini professionali c'è anche questo.

Ascoltarli nel momento delle decisioni non è cedere a presunte quanto inesistenti pressioni, bensì assicurarsi l'efficacia e l'efficienza delle decisioni che si vogliono prendere.

È improbabile che, senza il concorso di medici e infermieri - che fanno e sono la sanità -, si possa creare una nuova organizzazione del sistema sanitario regionale come quella abbozzata dal PNRR.

I nostri valori, la nostra "politica" non cambiano al mutare degli indirizzi determinati dall'esito delle elezioni, politiche o regionali che siano. La nostra "politica" si chiama servizio, servizio che intende rispondere alla domanda sanitaria, oggi drammaticamente bisognosa di una risposta nuova, come - lo ricordiamo ancora una volta, anche se siamo un po' stanchi di farlo - l'esperienza della pandemia ha dimostrato con tutta evidenza.

Il 13 ottobre la nuova sede del nostro Ordine è stata ufficialmente inaugurata: abbiamo ricevuto la visita di Monsignor Paolo Ricciardi, Vescovo ausiliare della Diocesi di Roma per la Pastorale della Salute, come è sempre stato nostro costume.

In questa occasione, abbiamo dedicato la sala del Consiglio Direttivo dell'Ordine alla nostra cara Lia Pulimeno: un atto non formale, che ha il significato di una continuità che si conferma.

La continuità di un servizio, appunto, reso nella sapienza organizzativa, nello sforzo intellettuale e nella ricerca scientifica. Servizio insieme al paziente e all'intera collettività: per questo e solo per questo - e mi pare che basti! - chiediamo di essere ascoltati e coinvolti, senza pregiudizi di parte.

La salute dei cittadini lo esige, ed è questo ciò che conta.



Indagine conoscitiva sulle alterazioni del ritmo sonno/veglia negli infermieri turnisti. Uno studio descrittivo nella realtà del Lazio

Survey on the alterations in the sleep/wake rhythm in shift nurses. A descriptive study in the reality of Lazio

Alessio Serra, Infermiere, laureato in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Sara Segatori, Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio di Tivoli, Asl Roma 5

Natascia Mazzitelli, Direttore Didattico CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata-sede di Tivoli e sezioni distaccate di Subiaco e Monterotondo

Parole chiave

Lavoro notturno, infermiere, ritmo circadiano, disturbo del sonno, prevenzione

Keywords

Night work, nurse, circadian rhythm, sleep disturbance, prevention

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il lavoro degli infermieri è stato caratterizzato da sempre dal turno di notte, necessario per garantire un continuum di cure in funzione dei vari *setting* assistenziali.

Ciò, però, oltre ad avere pregi, presenta anche problematiche connesse a diverse sfere e se lavorare a turni è un imperativo per la Professione, l'analisi sugli effetti del lavoro così strutturato, nel tempo, non deve essere trascurata.

OBIETTIVO

Lo scopo di questo studio, pertanto, è stato quello di descrivere la relazione tra turni notturni e le alterazioni del ritmo sonno/veglia su

un campione di infermieri turnisti h24: ovvero, far emergere il punto di vista di chi vive le notti da anni in prima persona, e come queste abbiano potuto determinare o meno dei cambiamenti.

MATERIALI E METODI

Uno studio descrittivo è stato eseguito su un campione di 136 professionisti (uomini e donne); il campionamento e i dati del campione sono stati raccolti nei mesi di ottobre-novembre 2021.

È stata condotta una *survey* rivolta a infermieri operanti in vari *setting* ospedalieri del Lazio e in diverse Unità operative.

Per l'indagine si è scelto di utilizzare

un questionario validato, in forma anonima, somministrato al campione in modalità online.

RISULTATI

Una volta raccolti tutti i questionari, i risultati sono stati scansionati e analizzati. L'età media dei partecipanti è di 37 anni.

Dai risultati ottenuti, è emerso come il turno notturno influisca sul ritmo sonno/veglia nel (94%) dei professionisti. In questi si evidenziano condizioni come: stress (22%); disturbi gastrointestinali (25%); insonnia (28%); ipertensione (14%) e, in numero minore, obesità e diabete. Vanno rilevati, però, anche dei vantaggi. I rispondenti, infatti, affermano di svol-

gere meno attività assistenziale e di dedicarsi alle attività di routine del reparto (controlli, scadenze, etc), quelle che consentono la conoscenza profonda dello stesso (71%), riuscendo, così, a prestare maggiore attenzione ai bisogni del paziente (14%) e a dedicargli più tempo (9%).

Rispetto al rapporto di coppia, per il 45% vi "influisce negativamente", a fronte del 42% in cui non emergono problemi.

CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti si evidenzia l'importanza del fattore età e da quanto tempo vengono svolti i turni notturni. A tal proposito, infatti, dai dati emerge che svolgere i turni notturni da oltre 15 anni altera il ritmo sonno/veglia: una condizione che si manifesta anche nel campione giovane, ma senza comportare patologie. Ciò, perché i giovani hanno una buonissima capacità di resilienza e adattamento al turno notturno (spesso considerandolo come il "meno pesante" e "più gradito perché si riesce a conoscere meglio il reparto e il paziente"), mentre la persona più grande di età non lo predilige, ritenendolo, nel tempo, complice di alterazioni negative del loro stesso stato di salute.

Poiché la professione infermieristica è un bene prezioso, da valorizzare e tutelare, è chiaro che da quanto emerso in questo lavoro si aprono spiragli di riflessioni tanto interessanti. E tutte da approfondire.

ABSTRACT BACKGROUND

The work of nurses has always been characterized by the night shift, necessary to guarantee a continuum of care according to the various care settings, therefore, the night shift, in addition to

having advantages, also presents problems connected to different spheres. So, if shiftwork is an imperative for the Profession, should not be neglected the analysis of the effects of it over time.

The purpose of the study was to describe the relationship between night shifts and the alterations of the sleep-wake rhythm in a sample of 24-hour shift nurses, that is to bring out the point of view of those who have lived nights for years in the first person and how these have could or could not bring about changes.

MATERIAL AND METHODS

A descriptive study was performed on a sample of 136 male and female professionals, sampling and sample data were collected in the months of october-november 2021.

A survey was conducted aimed at nurses operating in various hospital settings in the Lazio and in various operating Units. For the survey it was decided to use a validated questionnaire, anonymously, administered to the sample in online mode.

RESULTS

Once all the questionnaires were collected, each of them was scanned. The average age is 37 years old. The results obtained show how the night shift affects the sleep/wake rhythm in (94%) of professionals in which conditions such as: stress (22%), gastrointestinal disorders (25%), insomnia (28%), hypertension (14%) are highlighted; obesity and diabetes are present in fewer numbers. There are also advantages. Respondents stated that they carry out less care activities and devote themselves to other routine activities (checks, deadlines, etc) in the department, which allow for in-depth knowledge of the same (71%). Furthermore, it allows

to pay more attention and concentration to the patient's needs (14%), while in the 9% to devote more time to him, for to know him better. According to the "couple relationship", for the 45% it "negatively affects" the relationship and in the 42% no problems arise.

CONCLUSIONS

The results obtained show the importance of the age factor and how long the night shifts have been carried out.

In this regard, the data shows that carrying out night shifts for over 15 years alters the sleep/wake rhythm: this condition also occurs in the young sample, but not involving pathologies. This is because young people have a very good capacity for resilience and adaptation to the night shift, considering it as the "less heavy" and appreciated it because "it is possible to get to know the ward and the patient better", instead the elder likes the nocturnal shift less, considering it, over time, an accomplice to negative alterations in their own state of health.

So, since the nursing profession is a precious asset to be protected and valued, it is clear that from what emerged in this work there are openings of such interesting reflections. And all to be explored.

INTRODUZIONE

Il lavoro degli infermieri è da sempre stato caratterizzato dal turno notturno, necessario per garantire un continuum di cure in funzione dei vari setting assistenziali.

La maggioranza degli infermieri lavora su turni e questo è indispensabile per coprire l'assistenza dei pazienti nelle 24 ore¹: infatti, secondo le norme definite CCNL, il turno di notte consiste nel "lavorare per oltre 10 ore consecutive"².

Lavoro che, nel pensiero comune, potrebbe essere immaginato come

uno “stare a riposo” in attesa di una sporadica chiamata.

Specie da chi non conosce la professione infermieristica, infatti, il turno di notte è stato visto come “l’occasione” per avere un lavoro con molti vantaggi e due giorni liberi, ma lavorare di notte, invece, è impegnativo e quelli che sembrerebbero pregi potrebbero non essere tali.

Nel *setting* ospedaliero notturno, infatti, il paziente assume terapie a orari specifici; bisogna effettuare monitoraggi, controllare i farmaci, le scadenze e in quant’altro consista un lavoro assistenziale pianificato. E non va dimenticato che una parte di questo lavoro è a richiesta, con un numero di assistiti variabile, dai pochi nelle Terapie intensive, fino alle decine, man mano che si riduce la complessità assistenziale¹.

Il lavoro notturno presenta, dunque, problematiche connesse a diverse sfere. E ciò, senza ignorare che l’infermiere, prima di essere un professionista, è una persona e che, dunque, ha le stesse esigenze di altri lavoratori, come quella di dormire³.

Non a caso, viene da riflettere sul fatto che non si lesini sullo spendere migliaia di euro in DPI (Dispositivi per la Protezione Individuale) per la sicurezza del lavoratore, eppure parrebbe poco interessare se l’infermiere abbia riposato o staccato almeno un’ora durante il turno, o se, per rientrare a casa, si metta alla guida di un veicolo, diventando di fatto un pericolo per sé e per gli altri¹.

Per fortuna, però, i lavoratori in Italia sono tutelati: esiste una normativa stringente, infatti, che, negli anni, si è sempre più affinata, proprio per proteggere i professionisti dai rischi connessi al turno notturno.

Svolgere il turno notturno altera il ritmo sonno/veglia, determina degli effetti sull’umore, rende più nervosi, si riscontrano effetti sulla memoria a breve e a lungo termine. Lavora-

re in turni notturni può comportare l’insorgenza di numerose patologie, fino a compromettere la propria qualità di vita. Così, se lavorare a turni è un imperativo, l’analisi sugli effetti del lavoro a turni, nel tempo, non deve essere trascurata.

Il tema delle ripercussioni nella popolazione infermieristica del lavoro notturno in letteratura è ritenuto fra quelli “caldi”: molteplici studi pongono l’accento sui suoi effetti (negativi o meno) e anche la normativa si sta muovendo sempre più per la protezione del lavoratore.

In letteratura sono maggiormente presenti informazioni sulle cause e i trattamenti delle patologie (approccio patogenico), rispetto alle cause e al mantenimento di una buona salute (approccio saluto-genico).

Solo recentemente sono stati fatti dei concreti sforzi di tipo teorico ed empirico verso quest’ultimo e, tra questi, il più noto è il contributo di Antonovsky.

Un altro ostacolo è connesso alla reperibilità degli articoli, che ha portato ad ottenere un numero modesto di testi recenti al di sotto dei due anni. Ciò, senza sottacere la valutazione degli studi e il fatto che la stesura della ricerca dovrebbe essere realizzata da almeno due autori, per attribuirle maggiore valenza.

Un aspetto fondamentale della letteratura critica coincide con l’osservare le cose da un altro punto di vista (LoBiondo-Wood&Haber,2004)⁴.

Scopo del presente studio è analizzare gli effetti a breve, medio e lungo termine del turno notturno in un campione infermieristico operante nel Lazio, tramite l’utilizzo di un questionario online appositamente creato.

La necessità di questo studio nasce dalla volontà di descrivere il punto di vista di chi vive i turni notturni (ovvero, degli infermieri),

cercando di capire quali siano gli effetti ottenuti e come il proprio fisico abbia subito o meno cambiamenti.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Per lo studio in questione si è scelto un campionamento probabilistico su base volontaria con una metodica per quote, dove si è affidato al rilevatore il compito di selezionare le unità del campione, nel rispetto di quote di popolazione (numero di rispondenti utili per la saturazione del dato) che presentano determinate caratteristiche. È stato somministrato un questionario online creato tramite la piattaforma Google Form.

In fase iniziale ci si era prefissato di raggiungere un numero di circa 220 rispondenti, ma, in corso d’opera, si è ottenuta la saturazione del dato con 136 professionisti. Sono stati inclusi nell’analisi finale i questionari validi, scartando tutti quelli che presentano almeno due domande mancanti, con un tasso di risposta dell’85%.

Il presente studio è stato condotto da settembre 2021 a gennaio 2022.

Popolazione e setting

Nello studio svolto, il piano di campionamento è stato volontario, ovvero, gli infermieri operanti nella regione Lazio su turnazione notturna hanno partecipato alla ricerca di loro spontanea volontà e sono stati inseriti nel progetto di ricerca. Hanno preso parte all’indagine 136 professionisti (uomini e donne), operanti in diverse realtà del Lazio e diverse Unità operative. È stato utilizzato un campionamento probabilistico casuale semplice, in cui ogni individuo della popolazione ha uguali possibilità di essere scelto per il campione.

Criteri di inclusione ed esclusione

Nel campione sono stati presi in esame:

1. infermieri operanti nel Lazio senza distinzione di presidio e reparto di appartenenza che svolgono turni notturni (almeno tre per mese), cercando di mantenere un'omogeneità nel campione in base al trattamento;
2. infermieri con una fascia di età dai 22 ai 65 anni;
3. infermieri in servizio (eccetto infermieri in quiescenza, in malattia, gravidanza o fuori dal servizio da più di sei mesi);
4. infermieri operanti in h24, esclusi gli infermieri h12.

Nel piano di campionamento sono stati esclusi tutti gli operatori sanitari non infermieri o contrari alla partecipazione volontaria alla ricerca.

Strumento di indagine

Il questionario per lo studio è stato reperito in letteratura, validato dalla scala PSQI (*Pittsburg Sleep Quality Index*), creato tramite la piattaforma Google form e somministrato in modo completamente anonimo.

Tutti gli infermieri dei centri partecipanti sono stati invitati a prendervi parte attraverso l'invio, tramite e-mail, del *link* per l'accesso riservato al materiale informativo e al questionario dello studio. Dal momento dell'invio delle e-mail, è stato concesso 15 giorni di tempo per poter rispondere in modo completo al questionario e consentirne la successiva archiviazione automatica da parte del *software* della piattaforma *web*. L'invio del questionario compilato ha corrisposto alla dichiarazione di consenso alla partecipazione allo studio.

Il questionario constava di 33 domande, divise in 4 sezioni.

Nella prima si sono indagati

aspetti puramente demografici (età, sesso, da quanti anni svolge la professione infermieristica e se anche il partner fosse o meno un lavoratore turnista notturno); nella seconda si è indagato l'aspetto puramente qualitativo "*cosa penso delle notti*", con l'uso della scala di Likert, che ha permesso di tramutare il dato qualitativo in uno numerico. Nelle sezioni 3 e 4 si è indagata la qualità del sonno del personale turnista rifacendosi completamente alla *short version* della PSQI, la scala maggiormente usata per la valutazione del sonno nel personale turnista e infermieristico, messa a punto allo scopo di fornire una misura affidabile, valida anche in Italia e standardizzata della qualità del sonno⁵. La scala è composta da 69 *item* che devono essere valutati dal soggetto stesso, da cui sono state estratte le 33 domande del questionario.

È stata scelta una versione *short* della PSQI per "scegliere" le domande migliori e utili allo studio in questione, creando uno strumento *ad hoc* in base alla Revisione della letteratura. Individuata la scala, si è voluto lo studio "guida"⁶.

Gli *item* per lo studio sono stati preferiti perché utili a ottenere le informazioni che descrivono al meglio le alterazioni del ritmo sonno/veglia e gli effetti del turno notturno.

Analisi statistica e aspetti etici

Per le variabili quantitative, i dati sono stati espressi come media \pm deviazione standard o mediana con intervallo interquartile (IQR). Per le variabili qualitative, sono state espresse come numeri assoluti o percentuali.

Infine, la rappresentazione dei risultati di questo studio è stata effettuata mediante distribuzioni di frequenza o una rappresentazione

grafica (torta o barre).

Per la raccolta è stato analizzato il *software* Excell®, mentre per l'analisi è stato utilizzato il *software* SPSS 22.0.

Prima della somministrazione del questionario è stato contattato il rispondente, fornendo un mini-consenso informato, spiegando il perché dello stesso, le motivazioni dello studio e le tecniche di raccolta dati.

Si è spiegato, inoltre, che, accettando il consenso, si aderiva alla ricerca e che si sarebbe potuto ritirarlo in qualsiasi momento, senza incorrere in alcun tipo di pregiudizio.

Si è scelto di somministrare il questionario in maniera anonima e i dati non sono stati in nessun modo manipolati nel corso dello studio.

È stato detto ai partecipanti che il questionario non avrebbe incluso risposte giuste o sbagliate, ma sarebbe stato finalizzato a raccogliere le loro opinioni, con una partecipazione volontaria e gratuita delle stesse all'indagine, previa autorizzazione.

Le informazioni raccolte sono state indicate con il numero-soggetto e esaminate in forma aggregata.

È stato, altresì, spiegato al rispondente che avrebbe avuto il diritto di sapere quali informazioni sarebbero state archiviate e come.

In calce al questionario, sono stati lasciati i recapiti del responsabile della ricerca per ulteriori dubbi o informazioni.

RISULTATI

Analisi demografica del campione

Il 44.1% del campione ha un'età compresa tra i 20-30 anni, mentre 23,5% è di un'età compresa tra i 31 e i 40, l'11-8% tra i 41-50 e il 20% oltre i 50. L'età media risulta essere, dunque, di 37 anni, segno

che il campione è giovane (under 40). La totalità del campione svolge turni notturni e il 32.4% li svolge da più di 15 anni.

In funzione del tipo di turno svolto, nel 76.5% dei casi il turno risulta regolare con una programmazione fissa e rispettata. Il 20% del campione dichiara di svolgere turni h24 con notti programmati in maniera irregolare, mentre solo l'1% del campione dichiara di svolgere turni h12 con notti in reperibilità. Solo il 3% svolge turni h24 con meno di due notti al mese.

In relazione a da quanti anni il campione svolge turni notturni, per il 55.9% dei casi, questi vengono svolti da 1-5 anni, mentre per il 32.4% da oltre 15 anni. L'8% del campione dichiara di svolgere tali turni da circa 6-10 anni, mentre il 4.6% nel parametro 10-15 anni. Tali dati sono congruenti con gli anni di servizio del campione, dichiarando come chi lavora da 1-5 anni e chi lavora da oltre 15 anni, sono professionisti che hanno sempre svolto turni notturni nella loro carriera.

Come mostra la Figura 1, per il campione, il principale motivo per cui si svolgono i turni notturni è dovuto al tipo di lavoro svolto ("fa parte del lavoro infermieristico") oltre al "non avere altre scelte" (10%). L'8% del campione dichiara che, grazie al turno notturno, ha maggiore tempo libero, mentre percentuali molto basse lo scelgono per

"convenienza di impegni" o "stipendio più alto".

Analisi dei vantaggi, salute e ritmo sonno/veglia del campione

A livello lavorativo, il lavoro notturno presenta dei vantaggi per oltre la metà dei rispondenti. Tali vantaggi risiedono, per circa il 71%, nello svolgere meno attività assistenziale e dedicarsi ad altre attività di routine del reparto, che consentono la conoscenza profonda dello stesso.

Nel 14%, dato il calo assistenziale, il turno notturno consente di prestare maggiore attenzione ai bisogni del paziente, mentre nel 9% dei casi di dedicargli più tempo, quindi di comprenderlo meglio.

Pochi rispondenti segnalano come vantaggio lo svolgimento del turno notturno per l'autoformazione. In relazione al gradimento del turno, invece, si nota come quello "meno gradito" dal campione sia il turno pomeridiano (45%), mentre quello notturno si ferma al 20%, seguito dal turno mattiniero (34%). Salta all'occhio il dato che il turno "meno gradito" sia il pomeridiano (45.7%): un dato da incrociare con l'età del campione (per lo più giovane), poiché questo turno è quello che "spezza" maggiormente la giornata lavorativa, non consentendo di svolgere altre attività. In funzione del "rapporto di coppia", si nota come il turno notturno per il 45% dei casi vi abbia influito negativamente e nel 42% dei casi

no. Solo l'11% dichiara che il turno notturno influisce in modo positivo sulla coppia. Anche qui, incrociando i dati, quasi la totalità delle persone che hanno risposto che il lavoro notturno non influisce sul rapporto di coppia risultano molto giovani e, molto probabilmente, senza un partner fisso.

In relazione alle "problematiche di salute", si nota come il turno notturno, nel tempo, non influisca negativamente sulla salute del lavoratore (62%), mentre nel 37% dei casi sì. Ciò significa che il campione non riscontra, ad oggi, problematiche di salute, ma contestualizzando il dato anche in funzione dell'età, risulta molto bassa lì dove si svolgono notti da cinque anni. La totalità del campione maturo, invece, dichiara di presentare problematiche di salute, confermando il dato che, svolgendo notti a lungo termine, esse si possano manifestare (com'è stato evidenziato sia nel corso della Revisione degli studi in letteratura che nello studio stesso).

In relazione al campione, si nota come essi soffrano di diverse patologie come: insonnia (28%), problematiche gastro intestinali (25%), stress (22%), ipertensione (14%) e, in numeri più bassi, obesità e diabete. Queste patologie sono per lo più presenti nei rispondenti che hanno un'età matura e turni di servizio notturni da più di cinque anni. (Figura 2)

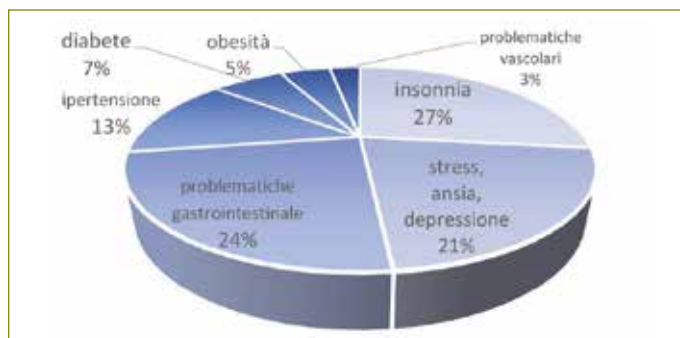
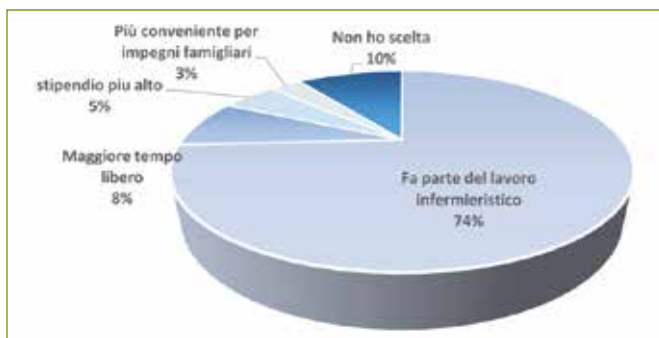


Figura 1. Motivo principale per cui svolge turni notturni

Figura 2. Patologie del campione

Sempre in funzione della qualità della vita e del sonno, nel 94% dei casi, si nota come il campione identifichi in maniera positiva la relazione tra turno notturno e il ritmo sonno/veglia, influenzandola fortemente.

Qui, il dato del campione giovanile o meno decade, poiché anche la rispondenza giovanile mette in risalto come il ritmo sonno/veglia, con il turno notturno, viene ad essere influenzato in negativo, andando

del lavoro infermieristico e che consente maggior tempo libero.

Dalla letteratura vengono fuori le principali alterazioni del ritmo sonno/veglia: insonnia, irritabilità, la necessità di una modifica dello stile di vita, una riorganizzazione del sistema lavorativo (potersi sdraiare e fare delle pause durante il turno), e l'efficacia del riposo la mattina seguente il turno notturno, evitando l'effetto "Jet Lag" definito dalla letteratura⁷.

Si evidenzia come i turni di notte prolungati incidano fortemente sui ritmi circadiani e un'utile strategia potrebbe essere quella di "spezzare" il turno con una pausa e/o un breve riposo (ove fosse possibile). L'assunzione di caffeina andrebbe sempre fatta in piccole dosi frequentemente, una tazza di tè normale o un caffè poco forte ogni due ore e interrotta almeno cinque ore prima di coricarsi⁸. Il consumo di molta caffeina in breve tempo (sia assunta per mezzo di caffè o di bevande energizzanti) non aiuta, in quanto, durante il giorno, tanto i livelli di caffeina diminuiscono, così la stanchezza sale⁹.

Le possibili soluzioni a tale condizione sono state valutate in questo lavoro di ricerca.

Dalla letteratura emerge che dormire per circa 30 minuti risulta efficace nell'agevolare l'adattamento dei ritmi circadiani, diminuire la stanchezza, la sonnolenza e migliorare l'insonnia¹⁰.

Emerge, inoltre, che l'infermiere deve essere in grado di definire se è troppo sonnolento per esercitare la professione.

Una severa sonnolenza, infatti, può essere comparata all'assunzione di alcolici per quel che riguarda l'alterazione delle funzioni esecutive¹¹.

Un buono stato generale dell'infermiere è essenziale al fine di eseguire le prestazioni infermieristiche con un elevato standard

di qualità. È importante sottolineare che la figura infermieristica ricopra un grande ruolo e abbia notevoli responsabilità alle quali far fronte.

Risulta, dunque, essenziale un'educazione e sensibilizzazione sul tema, sia per gli infermieri che per le strutture sanitarie.

Dopo l'analisi dei dati, si sono identificate diverse tematiche degne di considerazione. Ci si è resi conto di come i dati raccolti, se da una parte emergano in congruenza, dall'altra portino a estrapolare i risultati in funzione dell'età del campione. Questo infatti è eterogeneo: se ne evidenzia uno molto giovane, frutto delle assunzioni straordinarie a causa della pandemia da COVID-19, che coprono molti servizi di urgenza/emergenza e svolgono, nella totalità, turni notturni; e un altro "meno giovane" che svolge ancora turni notturni, ma che manifesta una serie di problematiche. Infatti, quasi tutti i problemi di salute, di qualità del sonno, delle difficoltà a prendere sonno e l'uso dei farmaci deriva dal campione maturo che svolge i turni da oltre 15 anni.

Si evidenzia, pertanto, il fatto che svolgere turni notturni da oltre 15 anni altera il ritmo biologico sonno/veglia, così come nel campione giovane, ma in quest'ultimi non si riportano patologie. Questo perché, se il giovane ha una buonissima capacità di resilienza e adattamento al turno notturno, considerandolo come il turno "meno pesante", "gradito perché si riesce a conoscere meglio il reparto e il paziente", la persona più matura non lo gradisce rispetto a quello mattutino.

Tuttavia, trovare una strategia per "migliorare" la qualità di vita dei turnisti, riducendo le problematiche di quello notturno è difficile.

Pochi sono i rispondenti che hanno aderito a questa domanda, e gli *item* sono differenti: musica, tecniche di rilassamento, yoga, uso della me-

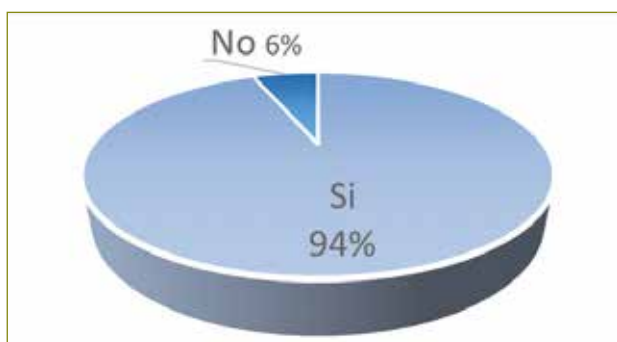


Figura 3. Il turno notturno influisce sul ritmo sonno/veglia?

a influire sulla vita sociale e sugli orari di riposo. (Figura 3)

DISCUSSIONE

Nella presentazione dei risultati emerge come il turno notturno influisca sul ritmo sonno/veglia nel 94% del campione, nel quale emergono condizioni come stress, disturbi gastrointestinali, insonnia e diabete. Inoltre, mentre il campione giovane ha una capacità di recupero più veloce e sente meno il peso delle notti, il campione maturo risente maggiormente dell'alterazione del ritmo sonno/veglia a lungo termine. Si evidenziano, però, anche aspetti positivi: per la maggior parte dei rispondenti, il turno notturno permette di prendere in carico e conoscere meglio il paziente, oltre che aiutare a dedicarsi ad attività organizzative di reparto. In funzione al motivo principale per cui si svolgono i turni notturni, emerge che faccia parte

latonina, l'attività sportiva e hobby sono solo alcune delle strategie che vengono identificate dal campione come utili per migliorare il ritmo sonno/veglia. Fornire una soluzione di natura infermieristica è fortemente complesso e diverse sono state le strategie analizzate nel corso di lavoro di tesi, emergenti in fase di

so induce sulla ritmicità circadiana delle funzioni biologiche.

Si è cercato di indagare anche possibili soluzioni al problema.

Dalla revisione della normativa emerge come la Comunità Europea si sia mostrata particolarmente attenta al tema degli orari di lavoro e della loro patogenicità, emanando tre direttive (1993/104/CE, 2000/34/CE e 2003/88/CE), nelle quali sono fornite delle indicazioni che rappresentano lo standard minimo che deve essere raggiunto da ogni Stato membro.

L'Italia vi si è adeguata in maniera definibile come pedissequa con il d. lgs. 8 aprile 2003, n.66, ricalcando esattamente le definizioni di cui alle direttive. Sempre in ambito europeo, ampio risalto e promozione sono stati dati ai fattori di rischio psicosociali, ed in particolare allo stress da lavoro correlato (categoria in cui rientrano anche gli aspetti di organizzazione dell'orario di lavoro).

In Italia, queste indicazioni sono state esplicitamente incluse nel **Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro**, che obbliga la valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato (art. 28, lgs. 81/08)¹²

Varie restano le strategie che si possono prendere in esame e che emergono dallo studio:

Strategie non farmacologiche: sono quelle che consentono di dare "consigli per l'uso": yoga, meditazione, non mangiare pesante prima del turno, non bere troppi caffè o assumerli fino a determinati orari, uso delle terapie complementari (melatonina, fiori di Bach), fare attività fisica sono tutti consigli che aiutano un buon riposo come evidenziano molti studi¹³.

Strategie aziendali: strategie di

gruppo, di mutuo aiuto, il dialogo con il medico competente quando ci si rende conto che non è sostenibile il ritmo notturno, l'ausilio di periodi di ferie ogni mese di almeno tre giorni che consentono un buon recupero psicofisico, non fare turni notturni consecutivamente (turno notte-notte), il poter "staccare" almeno un'ora ogni 4, consentendo una pausa per uno stacco lavorativo, la rotazione del personale.

Tutte queste strategie se, sulla carta, sembrano facilmente applicabili non sempre lo sono nella realtà: si lavora sempre a regimi molto alti e soprattutto in questo momento (causa pandemia da COVID-19) allorché gli operatori sanitari sono troppo pochi anche per sostituire quelli che si infettano.

Strategie organizzative: tra queste rientrano ovviamente un massiccio piano di assunzione di personale giovane che, come dimostra lo studio, è il migliore in termini di recupero ed è il personale che non "sente il peso" del turno notturno. Ciò consentirebbe di spostare il personale meno giovane e di ampliare la platea degli infermieri nei reparti. Altre potrebbero essere la riduzione dell'orario di lavoro notturno facendolo passare da 7-10-12 ore fino a 5-6 come accade in molte realtà non sanitarie, inserendo un turno serale dalle 18-24 come accade in pochissime realtà, studiando la fattibilità e il gradimento del personale. Infine, altre strategie organizzative potrebbero essere l'adeguamento contrattuale e anche una maggiore retribuzione del personale allineandolo alle indennità da contratto europeo¹⁴.

In conclusione, sarebbe auspicabile che la sensibilizzazione al tema iniziasse nel periodo formativo dell'infermiere, visto che non sempre questa tematica viene affrontata nel piano formativo uni-

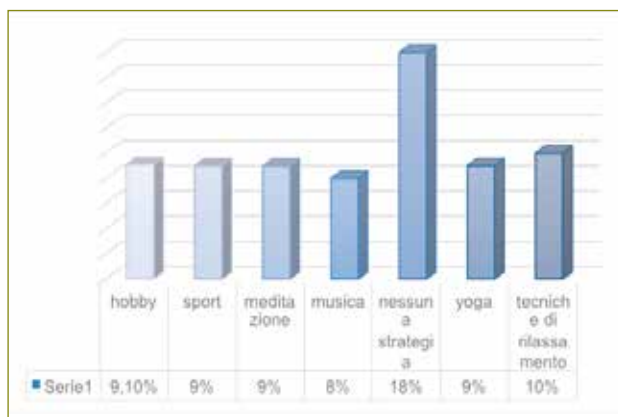


Figura 4. Strategie per migliorare la qualità del sonno

protocollo dello studio. (Figura 4)

LIMITI DELLO STUDIO

I limiti di questo studio riguardano soprattutto la dimensione campionaria, in quanto un numero maggiore di rispondenti avrebbe consentito un'indagine più ampia e, di conseguenza, una maggiore trasferibilità dei risultati.

Ciò è dovuto anche alle modeste tempistiche di ricerca e all'utilizzo del questionario online rispetto alle interviste frontali, che avrebbero potuto fornire ulteriori dettagli vista l'importanza che riveste l'argomento.

Il questionario è stato progettato appositamente per quest'indagine e non è stato sottoposto a test psicometrici.

CONCLUSIONI

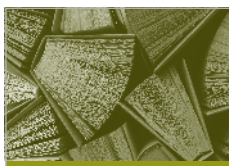
Il presente elaborato ha mosso dalle indicazioni provenienti dalla letteratura scientifica circa il ruolo del lavoro a turni e notturno e la genesi di varie alterazioni in considerazione dell'impatto che lo stes-

versitario.

Le ricerche dovrebbero valutare l'effetto del trattamento nel tempo, per mostrare gli effetti a lungo termine.

E sarebbe stimolante pure effettuare delle ricerche in altre realtà, che comparino le condizioni di trattamento, o che addirittura le associno,

allo scopo di osservare se le due condizioni possono agire in maniera sinergica visto che sono molti gli studi che emergono in tale direzione.



Bibliografia e Sitografia

1. <https://infermieriattivi.it/lavoro-infermieri/2-2-consigli-pareri/1418-l-infermiere-e-il-turno-di-notte.html>
2. Contratto Collettivo Nazionale dei lavoratori infermieri-Sanità all'url: https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20S ANITA'%20definitivo_sito%20.pdf ultimo accesso 6/6/22.
3. <https://www.scienzeinfermieristiche.net/infermiere-e-il-turno-di-notte-smentiamo-le-credenze-popolari/>
4. LoBiondo-Wood G et al, Nursing Research in Canada: Methods. (2004).
5. Curcio G et al, Validità della versione italiana dell'indice di qualità del sonno di Pittsburgh (PSQI). Scienze neurologiche 34.4 (2013): 511-519.
6. Di Muzio M et al, Non solo un problema di affaticamento e sonnolenza: cambiamenti nelle prestazioni psicomotorie negli infermieri italiani attraverso turni di 8 ore a rotazione rapida. Giornale di medicina clinica 8.1 (2019): 47.
7. <https://www.nurse24.it/infermiere/insonnia-i-rischi-degli-infermieri-turnisti.html#:~:text=Tale%20difficile%20%E2%80%9Caggiustamento%E2%80%9D%20viene%20evidenziato,sonnolenza%20e%20diminuzione%20della%20performance.>
8. Di Muzio M et al, Infermiere e turni notturni: la scarsa qualità del sonno esacerba le prestazioni psicomotorie. Frontiere nelle neuroscienze 14 (2020): 579938
9. Ro-Ting L et al, Lunghe ore di lavoro e burnout negli operatori sanitari: relazione dose-risposta non lineare e l'effetto mediato dalle ore di sonno: uno studio trasversale. Giornale di salute sul lavoro 63.1 (2021): e12228.
10. Kalkidan Kassa H et al, Disturbi del sonno del lavoro a turni e fattori associati tra gli infermieri degli ospedali del governo federale in Etiopia: uno studio trasversale. BMJ aperto 9.8 (2019): e029802.
11. Caffeine Effects on Sleep Taken 0, 3, or 6 Hours before Going to Bed. Journal of Clinical Sleep Medicine-oko
12. D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 testo coordinato con il d.lgs. 3 agosto 2009, n. 106 testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, all'url <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-estatiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf> ultimo accesso 4/2/22
13. Di Muzio M, Diella G, Di Simone E, Novelli L, Alfonsi V, Scarpelli S, Annarumma L, Salfi F, Pazzaglia M, Giannini A.M and De Gennaro L, (2020) Nurses and Night Shifts: Poor Sleep Quality Exacerbates Psychomotor Performance. Front. Neurosci. 14:579938. doi: 10.3389/fnins.2020.579938
14. Direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 novembre 2003, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, all'url <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/IT/TXT/?qid=1414674219132&uri=CELEX:32003L0088> ultimo accesso 3/2/22

Il percorso universitario della Professione infermieristica spiegato ai giovani. Una scelta ancora condizionata da retaggi culturali

*The university career of the Nursing profession explained to young people.
A choice still conditioned by cultural heritage*

Giulia Pica, Infermiera pediatrica, Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Valentina Pizziconi, Infermiere Coordinatore, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù-Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Giuliana D'Elpidio, Direttrice, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù- Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Andrea Gazzelloni, Infermiere Coordinatore, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù-Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Parole chiave

Formazione infermieristica, professione infermieristica, stereotipi, infermiere, scelta universitaria, percorso di studio, giovani

Keywords

Nursing training, nursing profession, stereotypes, nurse, choice university career, course of studiers, youth

ABSTRACT INTRODUZIONE

In Italia, nonostante le normative che regolano la professione infermieristica, persistono pregiudizi e problematiche di carattere sociale ed economico. **Ad oggi, l'infermiere** ha davanti a sé un percorso universitario di più livelli, che lo arricchisce di competenze scientifiche, relazionali e tecniche, rendendolo **uno dei professionisti più impegnati nei servizi alla persona e alla collettività**.

Fondamentale, pertanto, è far com-

prendere ai più giovani, soprattutto a quelli che sono prossimi alla scelta del loro percorso universitario, che la professione infermieristica è discorde dall'immagine che, nel tempo, ha creato la società.

MATERIALI E METODI

Allo scopo, è stato condotto uno studio quasi sperimentale. L'indagine è stata portata avanti somministrando un questionario per valutare le conoscenze relative alla formazione della professione

infermieristica prima e dopo l'intervento informativo.

RISULTATI

Allo studio hanno partecipato 136 studenti dell'ultimo anno di Scuola media superiore.

È emerso che i partecipanti avevano una considerazione distorta della figura infermieristica, poi chiarita mediante l'intervento formativo. Inoltre, alla domanda: "Frequenteresti il corso di Infermieristica?" è risultato un aumento delle risposte affermative tra il questionario

pre-intervento (3,7%) e quello post (8,8%).

CONCLUSIONI

Questo studio vuole sottolineare come un intervento in cui si fa orientamento sulla formazione infermieristica, nelle classi quinte delle Scuole medie superiori, **potrebbe essere una valida strategia da attuare per modificare l'immagine socialmente diffusa degli infermieri**, far comprendere effettivamente quale sia la formazione necessaria e il tipo di lavoro che svolge un infermiere e, al contempo, promuovere la scelta della carriera infermieristica nei giovani, purtroppo ancora condizionati da diversi stereotipi tuttora diffusi.

ABSTRACT INTRODUCTION

In Italy, despite the regulations governing the nursing profession, prejudices and problems of a social and economic nature persist. To date, the nurse has before him a university course of several levels, which enriches him with scientific, relational and technical skills, which make him one of the most committed professionals in services to the person and the community. Therefore, it is essential to make younger people understand, especially those who are close to choosing their university career, that the nursing profession is inconsistent with the image that society has created.

MATERIAL AND METHODS

A quasi-experimental study was conducted. The survey was conducted by administering a questionnaire to assess the knowledge relating to the training of the nursing profession before and after the information intervention.

RESULTS

136 students of the last year of

High school participated in the study. It emerged that the participants had a distorted view of the nursing figure, which was clarified through the training intervention. Also, when asked: "Would you take the nursing course?" there was an increase in affirmative responses between the pre-intervention questionnaire (3.7%) and the post-intervention questionnaire (8.8%).

CONCLUSIONS

This study aims to underline how an intervention in which there is guidance on nursing education, in the fifth grade of high school, could be a valid strategy to be implemented in order to change the socially widespread image of nurses, to make people understand what the necessary training and the type of work that a nurse carries out and, at the same time, promote the choice of nursing career in young people, unfortunately, conditioned by different stereotypes still so widespread today.

INTRODUZIONE

In Italia, gran parte della popolazione non riconosce le competenze e le responsabilità che contraddistinguono la professione infermieristica. Ancora oggi, sono presenti forti retaggi culturali che resistono al tempo e che affondano le proprie radici in un passato che risulta difficile da lasciarsi alle spalle, soprattutto quando, più o meno, inconsapevolmente sostenuti dai media.

Molti studi e interviste ai cittadini confermano la presenza di stereotipi e l'assenza di un'adeguata informazione^{1, 2, 3, 4, 5}.

In particolare, i giovani sono più facilmente influenzati da quello che sentono o vedono, soprattutto in televisione.

I ragazzi amano le serie tv e, so-

prattutto, i "medical drama": qui, però, nella maggior parte dei casi, la figura dell'infermiere non è minimamente considerata, e, proprio perché mostrata in maniera così poco attrattiva^{6, 7}, la professione infermieristica viene sottovalutata quale possibile percorso formativo e lavorativo futuro.

Sarebbe utile, pertanto, un intervento informativo rivolto agli studenti dell'ultimo anno delle Scuole medie superiori, allo scopo di presentare la figura dell'infermiere, il suo ruolo, le sue competenze e responsabilità, esaminando tutte le tappe della formazione e le sue possibilità di carriera.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo progetto è quello di fornire informazioni relative al percorso formativo infermieristico agli studenti dell'ultimo anno di Scuola media superiore, per contribuire a modificare la loro percezione sulla professione infermieristica, in vista di un'imminente scelta universitaria.

MATERIALI E METODI

Allo scopo, è stato condotto uno studio quasi sperimentale rivolto agli studenti dell'ultimo anno di Scuola media superiore, per il quale si è prevista la somministrazione di un questionario al fine di valutare le conoscenze relative alla formazione della professione infermieristica prima e dopo l'intervento informativo.

Lo studio è stato presentato a tutti gli studenti dell'ultimo anno di Scuola media superiore di cui quattro classi di Liceo scientifico e due classi di Liceo linguistico di un istituto della provincia di Roma e si è svolto nel novembre 2019. La partecipazione era su base volontaria e ha visto la piena adesione di tutti gli studenti delle classi

interessate.

Non erano previsti criteri di esclusione. L'intervento è stato condotto da una studentessa laureanda del CdL in Infermieristica Pediatrica.

L'intervento, svolto in ognuna delle sei classi, era della durata di un'ora, suddiviso in tre fasi:

1. somministrazione di un questionario pre-intervento, della durata di circa dieci minuti, per indagare i dati anagrafici, le percezioni, le conoscenze e l'interesse alla scelta universitaria infermieristica;

2. intervento informativo-educativo, relativo al percorso formativo della professione infermieristica, della durata di 40 minuti, che si è svolto con l'utilizzo di *slide* e visione di video, e che aveva l'obiettivo di presentare la figura dell'infermiere, il suo ruolo, le sue competenze e responsabilità, esaminando tutte le tappe della sua formazione e le possibilità di carriera;

3. somministrazione di un questionario post-intervento, della durata di circa 10 minuti, identico al questionario pre-intervento nella parte relativa alle percezioni e alle conoscenze e alla domanda riguardo la loro possibile scelta di frequentare il corso di Infermieristica. Somministrato immediatamente dopo la fine dell'intervento.

Il questionario, costruito *ad hoc*, da compilare in maniera anonima, prevedeva 23 *item* a risposta multipla, con la scelta di una sola risposta per ogni domanda.

Il questionario indagava tre aree principali:

1. dati socio-demografici (età, genere, presenza di familiari o amici nella professione infermieristica);

2. percezione relativa alla professione infermieristica;

3. conoscenze riguardo il percorso di studio e le possibilità di carriera. I dati sono stati analizzati con una statistica di tipo descrittivo attraverso l'utilizzo di Microsoft Excel

2019 e sono state ricavate frequenze percentuali, medie e deviazioni standard.

RISULTATI

I dati raccolti fanno riferimento ad un campione di 136 studenti della classe quinta della Scuola media superiore, di cui 61 maschi (45%) e 75 femmine (55%). Il 36,6% degli studenti ha familiari che studiano o lavorano come infermieri (madre 5,5%, padre 2,1%, fratello/sorella 2,8% o parenti 26,2%); il 39,3% ha amici, mentre i restanti 24,1% non conosce alcun infermiere. Pertanto, almeno 3/4 degli studenti avrebbe già potuto avere conoscenze inerenti all'argomento. Il 58% ha affermato di "aver avuto bisogno dell'assistenza infermieristica in diverse occasioni" (ricoveri ospedalieri, operazioni, Dh e visite ambulatoriali) e, per quanto riguarda il livello di soddisfazione dell'assistenza ricevuta, il 90% ha indicato un livello di soddisfazione medio-alto (medio 31%, alto 59%), mentre la media del punteggio, dato in una scala da 1 a 10, è stato di 7,38 (DS±1,97).

Chiedendo agli intervistati se sapessero già che percorso universitario intraprendere, solo il 35,6% aveva le idee chiare, il 3% ha dichiarato di "non voler frequentare l'università", mentre la maggior parte del campione non aveva ancora delle idee chiare. Il 16,2% ha affermato di voler frequentare un corso universitario in ambito sanitario: il 13,2% la

Facoltà di Medicina e il 2,9% le professioni sanitarie, ma nessuno ha menzionato il corso di Infermieristica.

Tra gli aggettivi che sono stati utilizzati per descrivere l'infermiere, prima dell'intervento informativo, risaltano, in maniera particolare: "disponibile, paziente, gentile"; mentre nel post-intervento, nonostante l'aggettivo "disponibile" sia ancora tra i più citati, ne emergono altri, quali: "competente, responsabile, preparato, autonomo".

Prima dell'intervento, la media sulla percezione di quanto siano importanti gli infermieri per la società, su una scala da 1 a 10, è stata di 8,63 (DS±1,26), mentre successivamente è stata di 9,10 (DS±1,09). Inoltre, nel primo questionario, solo il 50% degli studenti credeva che in Italia gli infermieri fossero pochi; nel secondo, invece, il 97,8%. Interessante, è notare come, nel quesito in cui si chiedeva se l'infermiere potesse agire autonomamente secondo le proprie competenze, prima dell'intervento, solo il 19,9% aveva risposto affermativamente, invece, dopo, la percentuale è salita al 96,3%. (Figura 1)

Nella Tabella 1 (che riguarda la formazione infermieristica), si noterà che alcune informazioni erano già note alla maggior dei partecipanti allo studio, come ad esempio: l'esistenza di un percorso universitario (90,4%), la necessità di effettuare un test di ammissione al Corso di Laurea

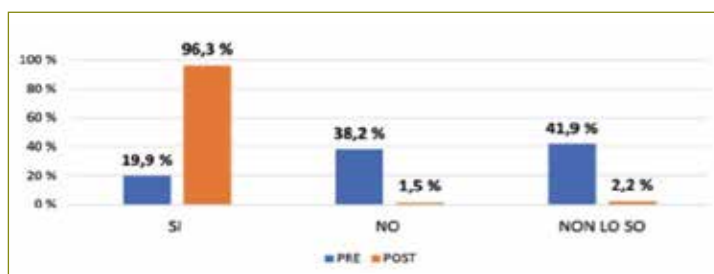


Figura 1. L'infermiere può agire in autonomia secondo le proprie competenze?

(72,8%), lo svolgimento del tirocinio clinico durante il percorso di studio (87,5%) e la necessità di una formazione continua (83,8%), mentre, per quanto riguarda il percorso accademico post-laurea, si avevano conoscenze meno aggiornate. Infatti, le percentuali di risposta sono state le seguenti: Master di I e II livello o Laurea Magistrale (51,5%) e Dottorato di Ricerca (30,1%).

Formazione	Pre	Post
Percorso universitario	90,4%	98,5%
Test di ammissione	72,8%	99,3%
Tirocinio clinico	87,5%	100%
Master o Laurea Magistrale	51,5%	97,8%
Dottorato di Ricerca	30,1%	96,3%
Formazione continua	83,8%	97,8%

Tabella 1. Conoscenze relative alla formazione post laurea

Riguardo alle possibilità di carriera infermieristica, invece, nel questionario pre-intervento, gli studenti hanno dimostrato di non avere delle conoscenze corrette, ma, dopo l'intervento, le stesse sono considerevolmente aumentate: Coordinatore di Unità Operativa (pre 29,4%/post 90,4%), Coordinatore di dipartimento (pre 31,6%/post 89,7%), Esperto clinico (pre 17,6%/post 80,3%), Docente universitario (pre 28,7%/post 83,1%) e Ricercatore (pre 33,8%/post 89,0%). (Tabella 2)

Possibilità di carriera	Pre	Post
Coordinatore di Unità Operativa	29,4%	90,4%
Coordinatore di dipartimento	31,6%	89,7%
Esperto clinico	17,6%	80,3%
Docente Universitario	28,7%	83,1%
Ricercatore	33,8%	89,0%

Tabella 2. Conoscenze relative alle possibilità di carriera infermieristica

Inoltre, è stato chiesto agli studenti se fossero a conoscenza di un Ordine degli Infermieri e se quella

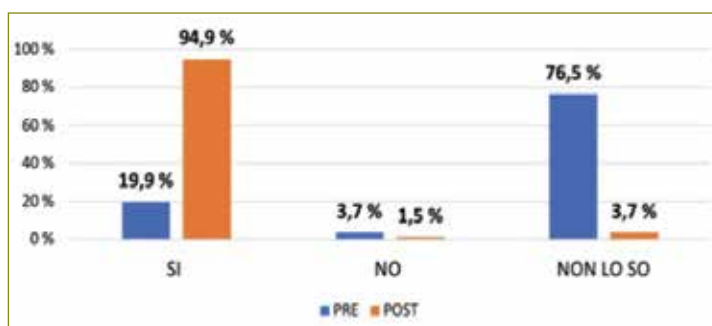


Grafico 2. Conoscenza di un Ordine degli Infermieri (OPI)

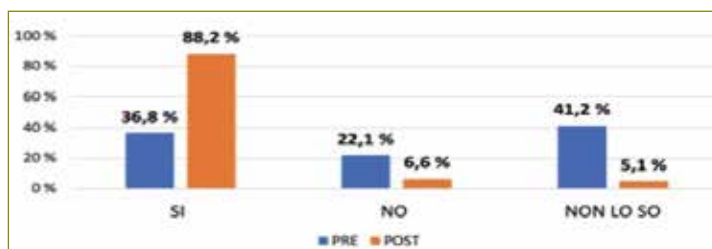


Grafico 3. La professione infermieristica come professione "intellettuale"



Grafico 4. Scegliaresti di frequentare il corso di Infermieristica?

infermieristica fosse una professione, cosiddetta, "intellettuale". Nei Grafici 2 e 3 si evince quanto ancora poco si conosca al riguardo. Alla domanda "Frequenteresti il corso di Infermieristica?", nel questionario pre-intervento, il 3,7% ha risposto affermativamente e il 25,7% di non saperlo. Nel questionario post-intervento, il loro interesse verso il percorso infermieristico è aumentato, e la percentuale di quanti hanno risposto affermativamente è stata dell'8,8%. (Grafico 4) In particolare, nel questionario pre-intervento, le risposte affermative sono state di 3 maschi e 2 femmine, mentre in quello post-intervento, rispettivamente, di 4 e 8, confermando, in un certo senso, che la scelta

del corso di Infermieristica presenta ancora percentuali più alte nel sesso femminile. (Grafico 5) Infine, è stato chiesto agli studenti di motivare la domanda "Frequenteresti il corso di Infermieristica?". Nel questionario pre-intervento si è riscontrata la voglia di aiutare il prossimo e l'interesse nel campo della sanità. Nel questionario post, invece, oltre alle risposte già ottenute nel questionario pre-intervento, si è potuto osservare che alcuni studenti hanno affermato di non essere a conoscenza, prima dell'incontro con la laurea, del ruolo fondamentale dell'infermiere nella società e che avrebbero preso in considerazione questa carriera.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In Italia, l'iter del riconoscimento della professione infermieristica è stato lungo e complesso e, nel corso del tempo, ha raggiunto molti traguardi, benchè bisogna affrontare, ancora oggi, numerose problematiche di livello sociale ed economico.

Gli infermieri sono ancora percepiti attraverso stereotipi e luoghi comuni, spesso alimentati dalla mancanza di informazioni corrette e adeguate anche da parte dei mass media.

I giovani - la cosiddetta "generazione Z" - sono particolarmente influenzabili dai mezzi di comunicazione e uno studio ha spiegato che la loro percezione della professione infermieristica riprende spesso l'immagine

storica di un'infermiera premurosa, altruista e che si prende cura degli altri.⁸ L'indipendenza della professione, le attività complesse e le opportunità di carriera, invece, non sono ancora riconosciute.

Un ruolo fondamentale per la comunicazione con i giovani è ricoperto dalle serie tv: a loro andrebbe il compito di essere fonte di informazione (se non d'ispirazione...), ma, proprio le serie a tema sanitario, sfortunatamente, molto spesso sono fonte di disinformazione e di influenza negativa della percezione che gli spettatori hanno sulla figura infermieristica, sicuramente scoraggiando la scelta del CdL in Infermieristica quale carriera professionale.

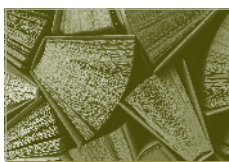
È vero pure, però (come dimostrato da altri autori), che l'orientamento ad una professione è essenziale ed efficace quando rivolto agli studenti delle Scuole superiori: quando, cioè, diventa una vera e propria risorsa che può contribuire a chiarire loro la scelta di un percorso universitario.⁹ Per questo motivo, si è deciso di svolgere un intervento informativo rivolto a studenti della classe quinta della Scuola media superiore: nel corso dell'incontro, è stato sottolineato che **l'infermiere ha un percor-**

so universitario di più livelli, ed è, ad oggi, il professionista più impegnato nei servizi alla persona e alla collettività.

Attraverso i dati ricavati dai questionari, è emerso che anche un breve incontro informativo sulla professione infermieristica ha portato ad un aumento delle conoscenze riguardanti la formazione del caso, la professione in sé e un miglioramento della stessa percezione degli studenti relativa all'infermiere.

L'interesse verso la formazione infermieristica è aumentato da prima a dopo l'intervento, e alcuni studenti si sono fermati ulteriormente per avere maggiori informazioni.

Pertanto, un intervento in cui si fa orientamento sulla formazione infermieristica, nelle classi quinte delle Scuole medie superiori, potrebbe essere una valida strategia da mettere in atto per poter modificare l'immagine socialmente diffusa degli infermieri, far comprendere effettivamente quale sia la formazione necessaria e il tipo di lavoro che svolge un infermiere e, al contempo, promuovere la scelta della carriera infermieristica nei giovani, purtroppo, spesso condizionati da diversi stereotipi ancora oggi molto diffusi.



Bibliografia e Sitografia

1. Capone S, Sambati V, Montanari E, Antonazzo M, L'infermiere tra immagine sociale e professionale: esperienze dirette, stereotipi e ruoli dei media. *L'infermiere*, 2017; 54 (4): 62-67.
2. Dignani L, Montanari P, Dante A, Guarinoni M, Petrucci C, Lancia L, L'immagine dell'infermiere in Italia dall'analisi dell'archivio storico di un quotidiano nazionale. *Professioni infermieristiche*, 2014; 67 (1): 49-54.
3. Grandellini C, Idamou S, Lusetti S, L'infermieristica tra etica ed estetica. La professione descritta dai media. *Professioni infermieristiche*, 2013; 66 (1): 32-38.
4. Cosa sanno gli italiani degli infermieri nel 2019 [Internet]. [citato maggio 2020]. Reperibile presso: https://www.youtube.com/watch?v=_Zctz6_J-x4
5. Un mondo senza infermieri. [Internet]. [citato maggio 2020]. Reperibile presso: <https://www.youtube.com/watch?v=20UA-vK1jXdI&t=2s>
6. Gelsi S, Lo schermo in camice bianco, in *L'immagine sociale dell'infermiere*, Atti del convegno, Trieste, 2002, p. 16.
7. De Santis V, Caccia S, L'infermieristica tra stereotipi e modelli incompiuti nell'arte cinematografica. *L'infermiere*, 2019; (56) 4: 10-17. [Internet]. [citato maggio 2020]. Reperibile presso: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2019/12/L-infermiere-2019-n4.pdf>
8. Glerean N, Hupli M, Talman K, Haavisto E, Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2017; (57):95-102.
9. Rubbi I, Pasquinelli G, Cremonini V et al, Does student orientation improve nursing image and positively influence the enrolment of nursing students in the University? An observational study. *Acta Biomed*. 2019; 90 (6-S): 68-77.

Indagine conoscitiva sulla percezione sociale della professione infermieristica. Uno studio descrittivo su un campione di professionisti e studenti infermieri

Survey on the social perception of the nursing profession.

A descriptive study in a sample of nursing professionals and students

Daniela Serra, Infermiera, laureata in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Sara Segatori, Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio di Tivoli, Asl Roma 5

Natascia Mazzitelli, Direttore Didattico CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata-sede di Tivoli e sezioni distaccate di Subiaco e Monterotondo

Parole chiave

infermieri, percezione sociale, giovani generazioni, mezzi di comunicazione di massa, immagine pubblica, studenti

Keywords

nurses, social perception, younger generations, mass media, public image, students

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il problema della percezione sociale della figura dell'infermiere ha sempre rivestito una notevole importanza nella categoria professionale. **In Italia, il ruolo dell'infermiere ha subito una profonda evoluzione nell'agire e nelle responsabilità sancite a livello legislativo, ma, nonostante gli sviluppi della professione, permane una percezione ancora, per così dire, distorta.**

OBIETTIVO

Lo scopo di questo studio è stato di indagare il cambiamento di prospettiva che c'è stato nel tempo, analizzando l'auto-percezione e l'etero-percezione della figura dell'infermiere, in particolare nelle nuove generazioni e in quelli già operanti.

MATERIALI E METODI

È stato eseguito uno studio descrittivo su un campione di 137

soggetti (60 infermieri e 77 studenti), da settembre 2021 a gennaio 2022. È stata condotta una *survey* rivolta a professionisti e studenti del II e III anno di corso, laureandi e fuori corso, studenti in sede e fuori sede iscritti al CdL in Infermieristica dell'Università degli Studi di Roma, Tor Vergata.

Per quanto riguarda i professionisti, invece, sono stati reclutati infermieri operanti in diversi *setting* ospedalieri della regione Lazio. Per l'indagine si è scelto di utiliz-

zare un questionario validato, in forma anonima, somministrato al campione in modalità online.

RISULTATI

Nell'analisi demografica del campione studenti emerge una percentuale del 75% di sesso femminile e 25% maschile; il campione è prevalentemente giovane, con una percentuale dell'85% al di sotto dei 30 anni, mentre il 76% del campione infermieristico risulta essere composto da professionisti over 50. Nei risultati relativi agli studenti, emerge uno studente non ancora consapevole del ruolo di *advocacy* infermieristica, ma che ha un buon ruolo nella famiglia in funzione del suo titolo di studio futuro e che riuscirà facilmente a inserirsi nel mondo del lavoro: se ne deriva, perciò, che il ruolo di *advocacy* infermieristica non viene percepito nel campione, in quanto l'etero-percezione relativa alla difesa dei diritti dei pazienti ha punteggi bassi. La maggioranza del campione (89%) ritiene che il corso di studi migliori se stesso nei confronti degli altri, considerandolo un trampolino di lancio del soggetto stesso. Per i professionisti, invece, nonostante ci siano buoni livelli di auto-percezione circa l'importanza dell'assistenza infermieristica, permane ancora un'etero-percezione distorta, comprovata dal fatto che il 32% dei rispondenti è d'accordo con l'affermazione che "gli infermieri eseguano le disposizioni dei medici senza fare domande" e, nel 53%, non si sentono rispettati dalle persone. Inoltre, il ruolo di *advocacy* infermieristica non emerge come dato importante. In base alle qualità espresse, il campione giovane si percepisce come "preparato, competente, professionista", mentre nel campione infermieristico sono maggiormente emerse qualità morali, come: "caritatevole,

empatico, paziente e altruista". Circa le doti umane, anche nel campione studenti emergono dati in relazione alla pazienza (55%), altruista (35%) e rispettoso (47%), mentre doti come leader hanno punteggi inferiori.

In relazione ai professionisti emerge un campione che percepisce di essere responsabile nell'assistenza infermieristica solo nel 35%, mentre la componente umana è sempre molto presente (47%).

Anche gli ordini del medico vengono eseguiti nel 34% del campione come un focus primario, ma la sfera educativa è altrettanto ben rappresentata in positivo.

CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti emerge che gli studenti si vedono già proiettati verso una professione intellettuale, mentre ancora c'è da lavorare nel campione più maturo, che ha vissuto appieno tutti i cambiamenti storici.

Una professione, qualsiasi essa sia, deve necessariamente passare dalla visione sociale che se ne ha e oggi, all'infermiere, viene richiesto uno sforzo in più, per aspirare a quei cambiamenti, necessari da troppo tempo.

Sono emerse le forti componenti umane, sia dal punto di vista dei professionisti che degli studenti, ma, mentre gli studenti stanno già affrontando una sorta di cambiamento (alcuni si definiscono: "preparati, competenti, desiderosi di crescere professionalmente"), nel campione infermieristico (composto prevalentemente da professionisti over 50) le qualità umane continuano a essere preponderanti.

ABSTRACT INTRODUCTION

The problem of the social perception of the nurse has always been of considerable importance in the

professional category. In Italy, the role of the nurse has undergone a profound evolution in acting and in the responsibilities sanctioned at the legislative level, but despite the developments in the profession, a still distorted perception remains.

The purpose of the study is to investigate the change in perspective that has taken place over time and to analyze the self-perception and hetero perception of the figure of the nurse, in the new generations and in nurses already operating.

MATERIAL AND METHODS

A descriptive study was carried out on a sample of 137 subjects including 60 nurses and 77 students, from September 2021 to January 2022. A survey was conducted aimed at professionals and students of the second, third, undergraduates and off-course students, on-site and off-site students enrolled in the Nursing course by Tor Vergata University of Rome.

As for the professionals, on the other hand, nurses operating in various hospital settings in the Lazio region were recruited.

For the survey it was decided to use a validated questionnaire, anonymously, administered to the sample online.

RESULTS

In the demographic analysis of the student sample, a percentage of 75% female and 25% male emerges, the sample is mainly young with a percentage of 85% under the age of thirty, while 76% of the nursing sample appears to be made up of professionals over 50. In the results relating to the students, a student emerges who is not yet aware of the role of nursing advocacy, but who has a good role in the family according to his future qualification and who will easily be able to enter the world of work,

therefore the role of nursing advocacy is not perceived in the sample, as hetero perception regarding the defense of patients' rights has low scores. Most of the sample (89%) believes that the course of study improves itself towards others, considering it a spring-board for the subject himself. For professionals, on the other hand, although there are good levels of self-perception about the importance of nursing care, there is still a distorted hetero-perception that is seen in the fact that 32% of respondents agree to the affirmation that "nurses carry out the orders of doctors without asking questions" and in 53% "they do not feel respected by people", moreover the role of nursing advocacy does not emerge as an important figure. Based on the qualities expressed, the young sample is perceived as "prepared, competent, professional", while in the nursing sample moral qualities such as charitable, empathetic, patient, and altruistic have emerged more. Regarding human skills, also in the student sample, data emerges in relation to patience for 55%, altruistic in 35%, and respectful for 47%, while talents as a leader have lower scores. In relation to professionals, a sample emerges that perceives to be responsible in nursing care in 35%, but the human component is always very present for 47%. Doctor's orders are also carried out in 34% of the sample as a primary focus, while the educational sphere is well represented in the positive.

CONCLUSIONS

From the results obtained it emerges that the students see themselves projected towards an intellectual profession, while there is still work to be done in the more mature sample that has fully expe-

rienced all the historical changes, as a profession, whatever it may be, must necessarily pass through the vision social life that this has, and today the nurse is required to make an extra effort to aspire to so many changes that have been needed for too long. Strong human components have emerged both from the point of view of professionals and students, but, while students have a door for change (some define themselves as "prepared, competent, eager to grow professionally"), in the nursing sample (composed mainly of professionals over 50) human qualities are preponderant yet.

INTRODUZIONE

Il problema della percezione sociale della figura dell'infermiere ha sempre rivestito una notevole importanza nella categoria professionale.

Regnava un'immagine "antica" dell'infermiere non del tutto acculturato, subordinato agli ordini del medico, privo di qualsiasi autonomia decisionale e immerso in stereotipi.

La professione infermieristica, infatti, è sempre stata accompagnata anche da rappresentazioni cinematografiche e non che hanno contribuito a distorcerne la percezione, sia da parte della società in generale, che da parte degli stessi infermieri e studenti.

Il problema è, dunque, di rilevanza nazionale e internazionale: una percezione inadeguata, non conosciuta - e spesso distorta - dell'infermiere porta a notevoli implicazioni su piani diversi: da una parte, la mancanza di valutazione sociale della figura, non la porta a uno status elevato nella società, e dall'altra, i giovani che si avvicinano in maniera sbagliata alla categoria, scegliendo a volte inconsapevolmente, di non fare dell'Infermieri-

stica il proprio futuro¹.

Nel 2022, in un momento di crisi sanitaria e mondiale in cui gli infermieri sono ricercatissimi, non è concesso.

Oggi, l'immagine "antica" dell'infermiere sta piano piano scomparendo, lasciando il posto a quella di un professionista acculturato, che sceglie l'Infermieristica poiché consapevole di sé e del proprio ruolo.

Ma su alcuni infermieri, che oggi popolano le corsie ospedaliere, c'è ancora "da lavorare" per fargli acquisire la piena consapevolezza e guidarli verso i passaggi utili al cambiamento.

L'immagine odierna dell'infermiere, purtroppo, appare ancora inficiata da quella del passato e da luoghi comuni ormai desueti, anche proposti dai media (Kelly J et al., 2011; Girvin J et al., 2016)². Sarebbe auspicabile che l'immagine professionale e sociale dell'infermiere, considerato che, negli ultimi decenni, ha attraversato un'intensa fase di sviluppo dovuta anche al percorso formativo, fosse percepita in maniera più adeguata (Donelan K et al., 2018)^{3,4}.

La professione infermieristica è arte e scienza, caratterizzata da un continuo sviluppo delle competenze e della ricerca.

In Italia, il Decreto del Ministero della Sanità n.739 del 14 settembre 1994 dispone che l'infermiere, in possesso del Diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo Professionale, è: "responsabile dell'assistenza generale infermieristica, di natura tecnica, relazionale e educativa, con scopi preventivi, curativi, palliativi e riabilitativi"⁵.

I professionisti infermieri sono in grado di dare una risposta a bisogni specifici di aiuto, svolgendo attività dirette alla prevenzione, alla cura e tutela della

salute individuale e collettiva con autonomia professionale, in quanto possiedono le conoscenze, le competenze, l'indirizzo deontologico e la responsabilità per compiere le azioni necessarie a tale scopo.

Nella Professione, l'aspetto imprescindibile, sancito a livello legislativo, è dunque il rispondere al bisogno di cura del paziente⁶.

La percezione sociale è un aspetto che riveste notevole importanza in una società in continuo cambiamento, capitalistica e finalizzata a promuovere un'immagine positiva di sé.

L'obiettivo del presente studio è stato quello di indagare il cambiamento di prospettiva avvenuto nel corso del tempo, ovvero di dimostrare nel campione assunto come evolve la percezione sociale della figura dell'infermiere in modo positivo e in quello negativo.

Secondo alcuni autori, il cambiamento della percezione (distinta in auto-percezione sociale, auto-percezione proiettiva ed etero-percezione) influenza il modo di vedere la professione e di avvicinarsi al paziente, andando ad influire sulle prestazioni lavorative e esponendo il soggetto a un elevato rischio di patologie, quali ad esempio il cosiddetto *burnout*.

Il problema è di rilevanza mondiale, benché in Italia questa letteratura sia poco presente: ovunque sono presenti studi sull'analisi della figura dell'infermiere.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Per lo studio si è scelto un campionamento probabilistico su base volontaria con una metodica per quote, dove si è affidato al rilevatore il compito di selezionare le unità del campione, nel rispetto di quote di popolazione (numero di rispon-

di utili per la saturazione del dato) che presentano determinate caratteristiche. È stato somministrato un questionario online (creato tramite la piattaforma Google Form) che comprende due approcci metodologici: uno strutturato in domande chiuse allo scopo di formulare con precisione le risposte fornite dal campione (tramite rappresentazione grafica: torte o barre); l'altro, mediante l'assegnazione di aggettivi per classificare la sfera umana dell'Infermieristica (secondo la tecnica della "categorizzazione").

Il questionario chiedeva di esprimere cinque aggettivi che descrivessero il futuro infermiere e poi di scegliere, tra gli stessi, la qualità che li rappresentasse meglio.

In fase iniziale, si era prefissato di raggiungere un numero di circa 200 rispondenti, ma, in corso d'opera si è ottenuta la saturazione del dato, con 137 persone (60 infermieri e 77 studenti); pertanto, nell'analisi finale sono stati inclusi i questionari validi, che presentano più del 50% degli *item* compilati (almeno 14), con un tasso di risposta dell'87%. Essendo un ambito poco esplorato si è deciso di effettuare un'indagine conoscitiva, condotta da settembre 2021 a gennaio 2022.

Popolazione e setting

Nel seguente studio sono stati inclusi professionisti e studenti del II e III anno di corso, laureandi e fuori corso, studenti in sede e fuori sede iscritti al CdL in Infermieristica dell'Università degli Studi di Roma, Tor Vergata. Nel piano di campionamento sono stati esclusi studenti del I anno universitario, considerati un campione "poco maturo" per lo studio in questione. Per quanto riguarda i professionisti, invece, sono stati reclutati infermieri operanti in diversi setting ospedalieri della regione Lazio.

Strumento di indagine

Il questionario validato per lo stu-

dio è stato reperito in letteratura e basato sulla scala *Porter Nursing Image*. Per l'indagine, è stato creato uno strumento *ad hoc* in base al quale si sono scelte le domande migliori e utili allo studio in questione.

Composto da 35 *item*, diviso in 3 sezioni, è stato somministrato in modalità online e inviato su diverse piattaforme *social*.

Generato tramite la piattaforma *Google Form*, per implementare il numero di rispondenti, ci si è avvalsi di un *link* che riportava al questionario in modo da raggiungere più unità campionarie.

Il soggetto dello studio è stato considerato come un partecipante attivo e anonimo al progetto di ricerca.

• **La prima sezione** è composta dalla scala etero-percezione sociale dell'infermiere, dove si misurano tre fattori: contesto di definizione dell'infermieristica; contesto del valore sociale; contesto di autonomia.

• **Nella seconda sezione**, la scala-immagine di sé, che contiene una versione modificata della *Porter Nursing Image Scale* sviluppata da Porter e Porter (1991) per esplorare l'immagine di sé/concetto degli infermieri.

• **Nella terza sezione**, la scala percezione del ruolo decisionale. Questa sezione è stata sviluppata per misurare il concetto del ruolo decisionale e assistenziale da parte dei futuri infermieri arruolati nello studio. La sezione consta in due fattori che misurano il desiderio/aspettativa degli infermieri nell'impegnarsi in uno dei due ruoli di cui sopra. Gli *item* per il fattore del ruolo decisionale sono derivati dalla scala *Jefferson Survey of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration* (Hojat et al., 1999) e dal *Staff Nurse Role Conception Inventory* (Taunton, 1986). La valutazione della QoL verrà effettuata su scala Likert (0-4) suddivise nei settori principali

relativi alla QoL: benessere emotivo, benessere funzionale, benessere fisico e benessere sociale/familiare.

L'analisi statistica

Per la raccolta e l'analisi dei dati è stato utilizzato il *software* Excell ®. Per le variabili quantitative, i dati sono stati espressi come media ± deviazione standard o mediana con intervallo interquartile (IQR).

Le variabili qualitative sono state espresse come numeri assoluti o percentuali. La rappresentazione dei risultati di questo studio è stata effettuata mediante distribuzioni di frequenza o una rappresentazione grafica (torta o barre).

La popolazione in studio è stata analizzata secondo l'*Intention to Treat* (ITT), pertanto, tutti i dati ottenuti da un questionario valido sono stati elaborati con l'intento di manipolarli il meno possibile.

Aspetti etici

Prima della somministrazione del questionario è stato contattato il rispondente, fornendo un mini-consenso informato, spiegando il perché dello stesso, le motivazioni dello studio e le tecniche di raccolta dati. Si è spiegato che, accettando il consenso, si aderiva alla ricerca e che si sarebbe potuto, in qualsiasi momento ritirarlo senza incorrere a nessun tipo di pregiudizio. È stato spiegato ai partecipanti che il questionario non prevedeva risposte giuste o sbagliate, ma che voleva solo raccogliere le loro opinioni, previa autorizzazione.

Il questionario è stato somministrato in maniera anonima e i dati non sono stati in alcun modo manipolati nel corso dello studio.

Tutti i soggetti eleggibili sono stati informati sullo scopo dello studio, sui possibili rischi e benefici degli interventi proposti e hanno visionato un documento informativo, scritto in modo comprensibile, che spiega la natura, lo scopo e il decorso dello studio.

RISULTATI

Analisi demografica del campione: gli studenti

In relazione all'anno di studio, gli studenti fuori corso sono in valore percentuale più alti nel campione andandone a ricoprire la metà (51%). Il campione risulta omogeneo nella sua distribuzione tra il II e il III anno: ciò ha consentito di averne uno variegato, utile per l'indagine con una percentuale di 75% di sesso femminile e 25% maschile.

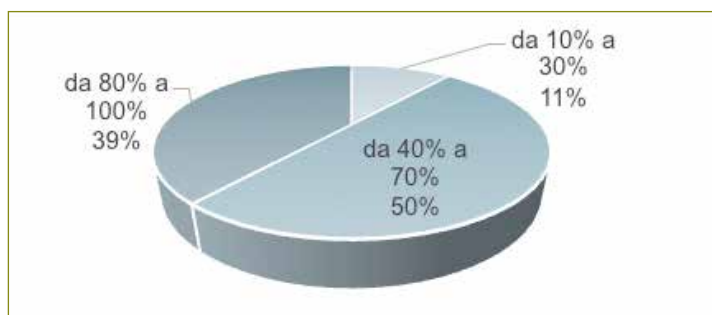


Figura 1. In quale percentuale pensa che terminare il Corso di studi che sta frequentando porterà i suoi conoscenti ad aumentare la considerazione che hanno di Lei?

Analisi demografica del campione infermieristico

In relazione alle fasce di età, si evidenzia come il 43% del campione professionale risulti essere composto da persone oltre i 50 anni e il 33% da uno tra 40 e 50 anni, per una maggioranza donne rispetto agli uomini. Il 76% del campione risulta essere composto da infermieri over 40.

Sono pochi gli infermieri al di sotto dei 40 anni e ancora meno quelli al di sotto dei 30 (solo il 7%). In relazione ai professionisti ci si rende conto di come questi siano un campione prevalentemente giovane, il 53% laureato da meno di 5 anni. Il 36%, invece, da più di 10 e solo il 10% laureato da 5 a 10 anni.

In relazione agli anni di esercizio della professione, il 48% degli stessi esercita la professione da meno di 5 anni, mentre il 42% da più di 10, distribuendosi omogeneamente tra i rispondenti.

Presentazione dati studenti

L'etero-percezione relativamente alla "difesa dei diritti dei pazienti" ha punteggi bassi e si riflette anche nel campione, pertanto, il ruolo di *advocacy* infermieristica viene poco percepito (7% afferma di essere completamente d'accordo), dato concomitante sia per il campione maschile che per quello femminile, mentre l'incertezza è espressa dalle donne nel 26% e dagli uomini nel 28% dei casi. Solo l'11% risponde che porterà

poco ad aumentare la considerazione che gli altri hanno del soggetto rispondente (le percentuali variano dal 10% al 30% in base alle opinioni del soggetto: più la percentuale è bassa meno il Corso di studi porterà ad aumentare la considerazione del soggetto; viceversa, più è alta, più il Corso di studi porterà ad aumentare la considerazione che gli altri hanno del soggetto), il 50% risponde che, dal 40% al 70%, il corso di studi porta ad aumentare la considerazione del soggetto negli altri e il 39% ha valori compresi tra l'80% e il 100%.

Questo dato è importante: la maggioranza del campione (89%) ritiene che il Corso di studi migliori se stesso nei confronti degli altri, considerandolo un trampolino di lancio.

Presentazione dati infermieri

In relazione agli infermieri il ruolo

di *advocacy* infermieristica non emerge come un dato importante nel campione.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, diversi sono gli spunti di riflessione. Relativamente all'etero-percezione, alla domanda: "i cittadini pensano che gli infermieri assistano le persone", il 45% delle femmine e il 48% dei maschi risulta completamente d'accordo.

Ovviamente, l'assistenza infermieristica viene registrata nell'etero-percezione e si riflette anche nel campione in questione. (Figura 2)

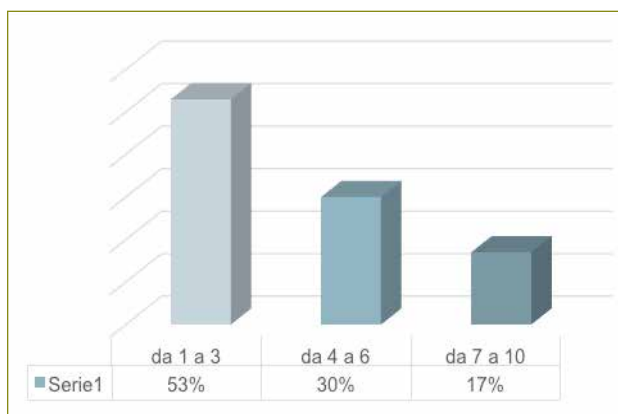


Figura 2. Conteggio della domanda "i cittadini rispettano gli infermieri"

In funzione di questa sezione, ci si rende conto di come gli infermieri non si sentano rispettati e apprezzati all'esterno e ciò si rileva anche nelle molteplici aggressioni che avvengono giornalmente e che sono testimoniate spesso sulle testate giornalistiche.

Si tratta di un fenomeno che si ripercuote molto anche all'interno della categoria professionale.

Al fine di eliminare le risposte mancanti, sono stati analizzati i questionari escludendo quindi, in base a tale criterio, 29 di questi, per un totale di 86 risposte analizzate.

I dati sono stati trattati ponendoli in dimensioni o aree semantiche di sapere, saper essere e saper

fare ed etica-morale, poi, successivamente, gli stessi dati sono stati classificati in categorie molto più ristrette, nelle quali sono stati inseriti tutti gli aggettivi che il campione stesso ha usato.

Il questionario chiedeva di esprimere cinque aggettivi che descrivessero il futuro infermiere, poi di scegliere, tra gli stessi aggettivi, la qualità che li rappresentasse meglio, quella che li rendesse più orgogliosi e, infine, quella che richiedesse più impegno per il soggetto. Già da una prima classificazione, ci si rende conto di come il ruolo di *leadership* e di *advocacy* infermieristica emerga poco rispetto a qualità morali, che sono molto più presenti.

Termini come "amorevole, assertivo, umano, equilibrato, empatico, altruista" ricorrono spesso nella classificazione e descrivono un campione molto più attento alle cure umane, piuttosto che un campione volto alla professionalità infermieristica.

Anche se ben 27 persone si identificano con il termine "professionale" e 40 con quello "responsabile", gli aggettivi che vanno a classificare la sfera dell'umanità dell'infermieristica sono di gran lunga maggiori.

Dati relativi agli studenti

In funzione a questa prima parte degli *item*, ci si rende conto di come la maggior parte delle qualità che emergano sono in relazione alla pazienza (55% del campione risponde "completamente d'accordo") e all'altruismo (35% completamente d'accordo).

Emerge anche il dato dell'essere rispettoso (47% in d'accordo), mentre doti come leader ha punteggi maggiormente negativi (23% "completamente in disaccordo" e 28% del campione "incerto").

Anche item come "intelligente" non ottengono punteggi positivi e anche l'aggettivo "logico" non viene ritenuto come un item che si avvicina alle qualità del campione. (Figura 3)

In relazione agli altri *item* che emergono, si nota come le qualità umane ("amorevole" e "caritatevole") siano maggiormente presenti nel campione, con percentuali molto elevate nella sezione "d'accordo" e "completamente d'accordo".

In funzione dell'organizzazione, non si ritiene che sia una qualità infermieristica (30% del campione è "completamente in disaccordo"), mentre un infermiere dev'essere "apprezzato da pazienti e dirigenti" nel 35% del campione. (Figura 4)

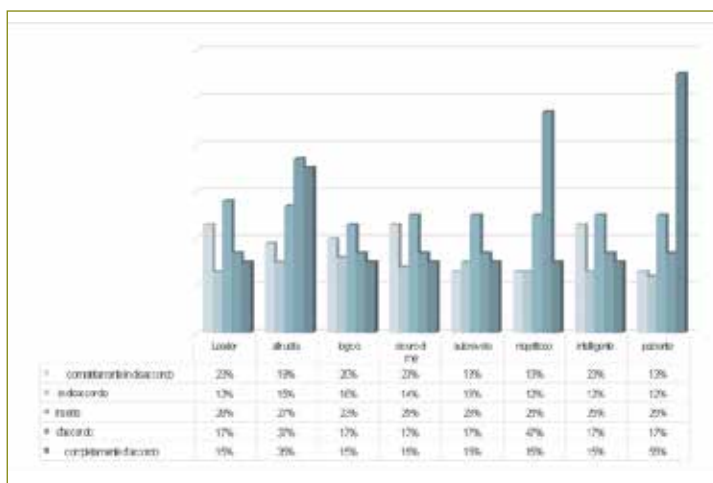


Figura 3. Come futuro infermiere mi vedo...

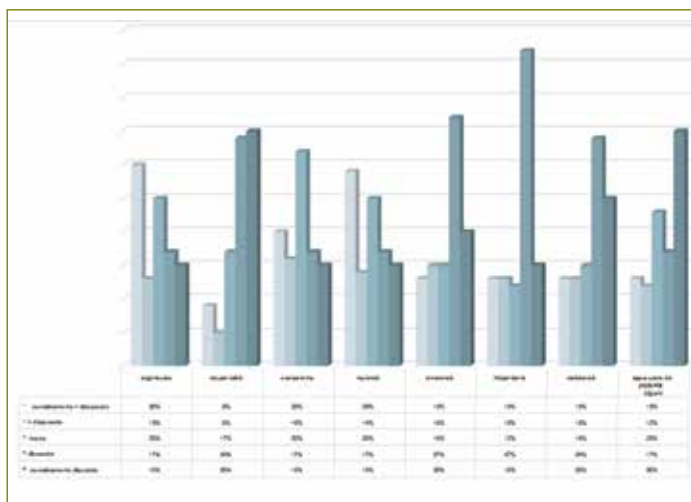


Figura 4. Come futuro infermiere mi vedo...

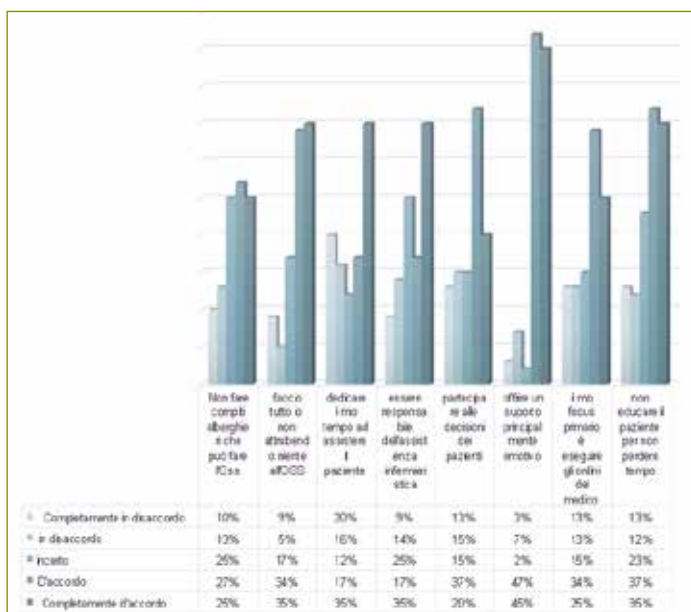


Figura 5. Penso che, come infermiere, dovrei...

Dati relativi ai professionisti

In relazione ai dati dei professionisti emergono spunti interessanti di riflessione. In relazione all'auto-percezione interna, il campione si percepisce "consapevole delle proprie competenze" (infatti per il 27% attribuiscono agli OSS le competenze alberghiere). È un campione che percepisce di "essere responsabile nell'assistenza infermieristica" nel 35% ("completamente d'accordo"), anche se la componente umana è

sempre molto presente (nel 47% del campione si offre quale supporto principalmente emotivo). Anche gli ordini del medico vengono eseguiti nel 34% del campione come un focus primario, ma anche la sfera educativa è ben rappresentata in positivo. (Figura 5)

Presentazione dei risultati studenti e infermieri
Categorie e dimensioni

I risultati di seguito esposti

sono derivati dai questionari analizzati secondo la tecnica della categorizzazione, divisi prima in dimensioni e poi successivamente in categorie sempre più ristrette, nelle quali sono stati inseriti tutti gli aggettivi che il campione stesso ha usato.

Tale categorizzazione permette di dare una visione del campione molto più particolareggiata, denominata studio delle categorie.

La prima categoria analizzata è ammirazione-rispetto-stima derivata/personale. (Tabella 1)

Categorie	Definizioni operative
Ammirazione rispetto stima/derivata	Essere guardato con ammirazione Sentirsi stimato e apprezzato da altre persone per il lavoro che ha scelto, es: rispettato; un esempio da seguire; Autoritario/autorevole. Gratificato
Ammirazione rispetto stima/derivata	Essere guardato con ammirazione Apprezzare se stessi, essere orgoglioso di sé per la scelta fatta di diventare, es: me stesso. Come tutti gli altri non inferiore. Un membro della società che si dedica all'assistenza e alla cura degli altri.

Tabella 1. Categoria: ammirazione-rispetto-stima derivata/personale

Questa categoria ci permette di analizzare sia l'auto-percezione proiettiva (stima derivata), sia l'auto-percezione del campione (stima personale).

Presenta dati significativi ma singoli nel campione come "un esempio da seguire" segnalato da un solo rispondente o "me stesso" o "rispettato". Sono aggettivi che ci permettono di capire che i rispondenti si sentono

rispettati dalla società, con un'auto-percezione proiettiva buona, sono gratificati e autoritari, oltre che "come tutti gli altri, non inferiore". Il fatto di essere "come tutti gli altri" e "un membro della società che si dedica all'assistenza e alla cura degli altri" classifica il campione in un contesto sociale non come una figura di spicco, ma quasi come uniformato alla massa, non elevando quindi il suo status sociale. (Tabella 2)

Realizzazione affermazione	Realizzare un sogno o un obiettivo prefissato, avere successo, esempio: cercare di migliorare professione; meritevole, felice della scelta che ho fatto (2); artefice del mio destino.
-----------------------------------	--

Tabella 2. Categoria: realizzazione-affermazione

Relativamente alla categoria aggiornato-informato, interessanti da analizzare sono i termini “studio- so”, espresso da dieci persone, e scelto, poi, sia come qualità che li rappresenta di più, che come qualità che li rende orgogliosi e come qualità che richiede più impegno. Anche termini come: “informato, amante della ricerca, acculturato, in continua evoluzione, curioso” ricorrono nella categoria. Questo è un dato che ci permette di capire che le nuove generazioni dell’Infermieristica si percepiscono come “preparati, acculturati, informati circa il proprio ambito di competenza”. (Tabella 3)

Competenze

Qualità di essere competenti; percepirsi adeguati alla professione ossia avere le competenze funzionali per...
 Es: Tecnica: Educatore/ educare (6)
 Capace di ascolto, Capace (5), Capace di svolgere assistenze, Competente (9), Idoneo, Professionale (7), Professionista (27), Empatico (17)

sionalità infermieristica. Dato interessante è il termine “capace”, espresso anche come “capace di ascolto e di svolgere assistenza” come una competenza appresa grazie al corso di studi: qualità che il campione esprime come caratteristica acquisita nel corso del tempo. Quindi, se da una parte emerge un campione “umano, gentile, bravo, speranzoso e fiducioso”, dall’altra ne emerge anche uno “motivato nella propria scelta universitaria”, a conferma che il campione ha fatto dell’Infermieristica la propria scelta, non un “ripiego”. (Tabella 4)

Queste categorie esprimono qualità “negative” del campione, descritto come: “arrabbiato, frustato, ansioso, burned, un pupazzo, cinico” fino alla definizione di “disperato”. Ciò ci fa capire come una percezione distorta di sé, un etero-percezione non informata e sbagliata, possa portare lo stesso soggetto a vedersi in una maniera completamente negativa, con pensieri non del tutto positivi sia sulla sfera lavorativa (dove un rispondente si descrive come “usato per lavori scomodi”) che sulla quella personale, con aggettivi come “incompreso”, “nelle mani di nessuno”, “poco seguito” e, addirittura “disperato”. (Tabella 5)

Dote Personale

Qualità, caratteristica personale, naturale o appresa.
 Es: Intelligente (9), Coraggioso (3), Sensibile (7), Svelto, Solare, Umile, Giusto (3), Buono, Caloroso, Cordiale, Socievole (5), Altruista (29), Paziente (25), Ottimista, Affettuoso, Generoso, Genuino, Comprensivo, Realista (3), Caritatevole, Sicuro, Assertivo (7), Buono (3), Amorevole (17), Empatico, Ragionevole, Umano (3), Pronto a tutto, Bravo, Fiducioso, Speranzoso, Capisco le persone, Pratico, Volenteroso (2), Prudente.

Tabella 3. Categoria: competenze

Tabella 4 e 5. Categoria: dote personale e status emotivo

Il campione si percepisce come “competente, professionista, professionale, educatore, tecnico e capace di ascolto”.

Dati interessanti sono il “professionista” espresso da 27 rispondenti, scelto anche come qualità che li rappresenta di più (8), che richiede più impegno (4) e che li rende orgogliosi (4). Dati che fanno presupporre che il campione si ritenga “professionista” ma anche “professionale”, termine scelto da 7 rispondenti.

Sono dati incoraggianti che vanno a scontrarsi con quelli che verranno successivamente analizzati circa “le doti umane” dei soggetti che, giustamente, devono essere presenti per un’assistenza empatica al paziente, ma che vanno a sminuire la profes-

DISCUSSIONE

Dallo studio emerge la figura di un infermiere con una carenza nell’ambito della *leadership* e dell’*advocacy* e una forte componente umana, altruistica e responsabile delle proprie azioni. Sarebbe stato sicuramente migliore, per la Professione, avere dei giovani (perché il campione sia prevalentemente costituito da giovani) già consapevoli della propria autonomia infermieristica e che la sapessero difendere. Questo perché è necessario nasca una reputazione infermieristica consapevole, che dovrebbe essere un caposaldo per la Professione. La nascita di una “**coscienza di classe**” che,

purtroppo, ancora non c’è, e che, dunque, porta l’infermiere ad avere un’etero-percezione sbagliata, che si riflette anche sull’auto-percezione. Oggi, però, le appartenenze sociali significative variano da individuo a individuo: poiché le aspettative e le norme dei vari contesti sono differenti tra loro, e spesso la persona si comporta in modo diverso a seconda del gruppo in cui si trova, la reputazione è specifica dei contesti (Bromley 1993)⁷.

Secondo Emler (1994), perché un individuo abbia una reputazione sono necessarie tre condizioni:

1. che faccia parte di una comunità con membri relativamente stabili;

2. che questi parlino del comportamento e dei tratti altrui;

3. che le persone siano legate tra loro da una rete di relazioni dirette e indirette.

La reputazione si forma intorno a qualità umane variabili, difficilmente osservabili in modo diretto (specialmente le caratteristiche rare), di cui una comunità parla⁸.

Una volta che la reputazione si è stabilizzata, è difficilmente modificabile.

Secondo la teoria dell'etichettamento (Becker 1963), la reputazione negativa diventa una sorta di etichetta morale difficile da cancellare, che può condurre l'individuo ad assumere una personalità deviante per soddisfare le aspettative della società.

Secondo la teoria della reputazione sociale, gli individui agiscono attivamente e consapevolmente nella costruzione della propria reputazio-

ne (lì, dove nella teoria dell'etichettamento, ha un ruolo più passivo)⁹. Questo porta a parlare dell'etero-percezione vista in chiave non del tutto positiva, che si riflette anche sulla percezione dell'individuo all'interno della categoria.

Verranno di seguito esposte domande che fanno riflettere sulla posizione dell'Infermieristica e di come le persone percepiscano gli infermieri. (Tabella 6)

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Incerto/a	Totale complessivo
Femmina	16%	37%	12%	35%	81
Maschio	24%	38%	17%	21%	29
Totale	18%	37%	14%	31%	110

Tabella 6. Le persone credono che gli infermieri guadagnino bene

Relativamente a questo *item* si potrebbe aprire un dibattito molto interessante. Lo stipendio di un singolo individuo, il reddito che lo caratterizza in una società capitalistica come la nostra, influenza il modo di vedere il singolo soggetto. Essere "in disaccordo" con questa affermazione (12% delle ragazze e 17% dei ragazzi) o "incerto/a" (35% delle ragazze e 21% dei ragazzi) identifica il fatto che gli infermieri non percepiscono un adeguato stipendio e che, quindi, avere un basso stipendio (e conseguentemente un basso reddito), vuol dire essere classificati in uno status sociale basso.

Si ritorna quindi alla nascita di una reputazione sbagliata e fuorviante: come può un futuro infermiere difendere una professione pensando a tutto ciò? Emerge dai dati come l'infermiere sia il caposaldo dell'assistenza. Un'assistenza vista come umana, altruista, attenta all'empatia e alla morale del soggetto.

Questo ci permette di aprire una parentesi importante sulla figura infermieristica, tornando anche indietro nel tempo e parlando della storia della sua evoluzione.

La figura infermieristica nasce all'interno della Chiesa: si trattava di donne che gestivano l'assistenza caritatevole nei confronti dell'altro e, ancora oggi, quest'influenza dell'umanizzazione delle cure è un tema sentito e presente nei dati presi in considerazione.

Basti pensare che in quelli ottenuti ci sono stati ben 17 rispondenti che hanno inserito come aggettivo che li descrivesse, "amorevole ed empatico", per non citare gli altri aggettivi espressi e inseriti nella categoria "dote personale".

Si delinea un'assistenza infermieristica non incentrata sulla politica sanitaria, sulla *leadership*, sull'*advocacy*, ma ferma alle cure umane, altruiste e gentili che già esistevano nel Medioevo.

Da un infermiere della nuova generazione ci si dovrebbe aspettare altro: professionalità, anzitutto, poi di essere deciso e fermo nelle proprie considerazioni. Altro aspetto interessante da notare e porre in evidenza circa la nuova figura infermieristica sul territorio è espresso tramite la domanda "le persone pensano che gli infermieri lavori-

no essenzialmente in ospedale": metà campione percepisce questa figura infermieristica verso il territorio, mentre il restante non crede all'infermiere al di fuori delle mura ospedaliere.

Con il nuovo scenario politico dovrebbe essere una riflessione che dovrebbe emergere sia nel campione, sia nella popolazione: la visione ospedalocentrica, in teoria, doveva essere superata dal 1978, anno della nascita del Servizio Sanitario Nazionale. Purtroppo, però, non è così, non emerge dal questionario.

Al contrario, viene fuori un campione "consapevole" e anche "maturo" del proprio essere professionale, "professionista" e "responsabile", un campione "motivato, deciso, curioso e sicuro relativamente alla propria professione". Un campione che, come tutti, risente della percezione distorta esterna e che, quindi, modifica anche l'auto-percezione di sé e il suo modo di rapportarsi con la Professione.

LIMITI DELLO STUDIO

La popolazione dello studio è limi-

tata a un solo Polo didattico, pertanto, qualsiasi generalizzazione dei risultati deve essere fatta con cautela.

Una maggiore dimensione campionaria avrebbe potuto trasferire i principali risultati a una platea più ampia.

Il questionario è stato progettato appositamente per questa indagine e non è stato sottoposto a test psicometrici; inoltre l'utilizzo del questionario online, rispetto alle interviste frontali, rappresentano un ulteriore limite, poiché quest'ultima avrebbe consentito di raccogliere maggiori dettagli per lo studio in questione.

CONCLUSIONI

Nello studio si è cercato di comprendere come la professione infermieristica venga percepita da un campione di studenti e infermieri. Sono emerse le forti componenti umane sia dal punto di vista dei professionisti che degli studenti, ma, mentre gli studenti hanno già avuto una sorta di cambiamento (alcuni si definiscono "preparati, competenti, desiderosi di crescere professionalmente e in parte leader"), nel campione infermieristico, composto prevalentemente da

professionisti over 50, le qualità umane sono preponderanti, il rapporto con la figura medica ancora non trova una piena evoluzione, anche se, nella maggior parte, hanno appreso appieno il ruolo dell'OSS.

Oggi siamo in una fase di passaggio; quella in cui gli sforzi e le energie orientate al miglioramento dell'immagine sociale dell'infermiere risultano decisive per lo sviluppo della Professione.

Parlare di immagine sociale dell'infermiere apre un percorso che va dal 1930 ad oggi, dove tantissime sono state le battaglie e le conquiste¹⁰. **All'infermiere di oggi si richiede uno sforzo in più.**

Chi sceglie questa professione deve essere consapevole che sta per entrare in una comunità scientifica, dove si permette al professionista di spaziare in tantissimi ambiti, dove si può fare ricerca, si può essere dirigenti o infermieri in molteplici contesti di cura.

Le possibilità ora sono tantissime e, nel tempo, stanno diventando ancora più ampie¹¹.

E allora perché ancora oggi l'immagine dell'infermiere è, per così dire, distorta?

La domanda è lecita e la risposta

non è univoca.

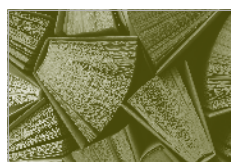
Spesso anche i mezzi di comunicazione di massa non hanno piena conoscenza del ruolo dell'infermiere e non sempre si riconoscono le sue competenze, andandolo a confondere con altre figure¹².

Inoltre, per alcuni professionisti e studenti, è più facile continuare a lavorare e a studiare per abitudine. **Il cambiamento è sempre difficile, ma non è impossibile**, e l'unione tra le diverse generazioni deve essere considerato un punto cardine verso il miglioramento della Professione.

Da un infermiere del domani ci si aspetta che riconosca la propria professionalità e che la sappia trasmettere al pubblico (perché questa è la prima strada per aumentare il riconoscimento sociale...), quindi, che sappia aspirare ai tanti cambiamenti che nell'Infermieristica sono necessari da troppo tempo.

Certo, bisogna pur dire che numerosi passi avanti sono stati fatti, nel corso del tempo, che la figura infermieristica si sia evoluta.

Ma c'è ancora molto da fare per far sì che ottenga il giusto riconoscimento e l'adeguata percezione sociale che merita.



Bibliografia
e Sitografia

1. <https://www.infermiereonline.org/2017/11/09/infermiere-tra-immagine-sociale-e-professionale-esperienze-dirette-stereotipi-e-ruolo-dei-media/>
2. Girvin J, Jackson D, Hutchinson M, Percezioni pubbliche contemporanee dell'assistenza infermieristica: una revisione sistematica e una sintesi narrativa delle prove della ricerca internazionale. *Giornale di gestione infermieristica* 24.8 (2016): 994-1006.
3. Donelan K, et al. Percezioni pubbliche delle carriere infermieristiche: l'influenza dei media e la carenza di infermieri. *Economia infermieristica* 26.3 (2008): 143.
4. <https://centrodiexcellenza.eu/en/research/projects/social-and-professional-nursing-integration/>
5. Decreto-legge 14 settembre 1994, n. 739 Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere Articolo 1 comma 1.
6. Gainotti A.M and Pallini S, Le motivazioni alla scelta del corso di Laurea in Infermieristica: uno studio comparativo. *International Nursing Perspectives* 6 (2006): 41-48.
7. Bromley D. B, Reputazione, immagine e gestione delle impressioni. John Wiley & Figli, 1993.
8. Emler N, Gossip, reputazione e adattamento sociale. (1994).
9. Ainlay S.C, Gaylene B, Coleman L.M, Il dilemma della differenza: una visione multidisciplinare dello stigma. Springer Science & Business Media, 2013.
10. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/la-professione-infermieristica.html>
11. <https://www.infermiereonline.org/2013/05/23/la-percezione-della-professione-infermieristica-fra-i-giovani/>
12. Giuliano G, La professione nei nuovi media: l'infermieristica sul web. *Nursing Oggi* 3 (2008): 16-19.

Le esperienze dei docenti e del personale infermieristico che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il tirocinio clinico nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani

Raccomandazioni *

- È raccomandato un accordo formale di tirocinio tra l'istituzione/accademia e la residenza sanitaria assistenziale per gli anziani (RSA). L'accordo dovrebbe riportare chiaramente i ruoli e le responsabilità di ciascun partner, gli obiettivi comuni e i requisiti degli studenti e del personale. **(Grado A)**
- Le istituzioni accademiche dovrebbero individuare docenti con competenze e interessi specifici per le RSA, al fine di motivare e aumentare le opportunità di apprendimento degli studenti durante i tirocini nelle RSA. **(Grado B)**
- L'assegnazione degli studenti di infermieristica all'interno delle RSA dovrebbe essere pianificata prima che lo studente inizi il tirocinio. La pianificazione comprende: garantire che i docenti abbiano interessi e conoscenze sulle RSA, assicurarsi che ci siano sufficienti risorse a disposizione e comunicare gli obiettivi del corso al personale competente delle RSA. **(Grado A)**

*Definizione delle Raccomandazioni del JBI Grade.

Fonte delle informazioni

Questo documento rappresenta una traduzione del foglio informativo sulle migliori pratiche pubblicato nel JBI EBP Database.¹ La versione originale del foglio informativo sulle migliori pratiche rappresenta una sintesi della revisione sistematica pubblicata nel 2022 nel JBI Evidence Synthesis.²

Background

L'importanza del tirocinio clinico e la contestualizzazione della teoria nella pratica per gli studenti di infermieristica è un aspetto ormai ben consolidato. Il tirocinio, infatti, è considerato parte essenziale della formazione infermieristica e implica che lo studente lavori con l'infermiere nel setting clinico in cui quest'ultimo presta la sua attività (es. ospedali, territorio, assistenza domiciliare o RSA). La realizzazione di un'esperienza positiva di apprendimento da parte dello studente dipende dagli infermieri e dai docenti che devono possedere forti capacità cliniche, essere in grado di adattarsi ai cambiamenti ed essere considerati dei modelli da seguire. Devono, inoltre, essere in grado di supportare e formare gli studenti all'interno dei loro setting clinici, devono condividere l'assistenza del paziente e delegare la responsabilità delle cure, devono garantire il riconoscimento dei bisogni assistenziali del paziente e fornire un feedback costruttivo. Da quanto fin qui esposto, risulta importate porsi delle domande su quali aspetti possano causare frustrazione e stress tali da compromettere l'esperienza di tirocinio e la formazione all'interno del setting clinico determinando un'esperienza negativa di apprendimento per lo studente.

Gli infermieri specialisti in geriatria devono possedere una profonda comprensione del processo d'invecchiamento e delle complessità assistenziali specifiche per gli anziani. Con l'invecchiamento della popolazione e la conseguente necessità di avere infermieri formati in cure gerontologiche, è essenziale che

gli studenti di infermieristica effettuino un tirocinio clinico che si focalizzi sull'assistenza alle persone anziane. Le RSA rappresentano degli ambienti clinici ideali per far in modo che studenti di infermieristica entrino in contatto con le persone anziane.

Obiettivi

Scopo di questo foglio informativo di Best Practice è quello di presentare le migliori evidenze disponibili sulle esperienze dei docenti e degli infermieri che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il tirocinio nelle RSA. La revisione ha esplorato come docenti e infermieri facilitino l'apprendimento per gli studenti di infermieristica durante lo svolgimento del tirocinio clinico nelle RSA, ha esplorato, inoltre, i facilitatori e le barriere all'apprendimento derivati dalla personale esperienza dei docenti e dal personale infermieristico.

Tipi di intervento

I fenomeni di interesse nella revisione sistematica sono state le esperienze dei docenti e degli infermieri che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il tirocinio clinico nelle RSA.

Qualità della ricerca

Tutti i documenti inclusi sono stati valutati da due revisori indipendenti, utilizzando lo strumento standardizzato JBI di valutazione critica per la ricerca qualitativa. Nella revisione sono stati inclusi sei studi che sono stati sottoposti a valutazione metodologica della qualità. Tre degli studi hanno utilizzato un disegno qualitativo con interviste, utilizzando il metodo misto con una fenomenologia qualitativa, la 'grounded theory' e un disegno descrittivo esplorativo. Sono state incluse in questa revisione solo le evidenze qualitative. La qualità degli studi è risultata essere da moderata ad alta in cinque dei sei studi (intervallo da 7 a 10 su 10 nei punteggi di valutazione critica) mentre uno studio è stato valutato di bassa qualità (4 su 10).

Le esperienze dei docenti e del personale infermieristico che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il tirocinio clinico nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani

Risultati

Tutti gli studi inclusi erano in lingua inglese e provenivano rispettivamente dagli Stati Uniti (n=2), Australia (n=2), Regno Unito (n=1) e Svezia (n=1). Quattro studi si sono concentrati sulle esperienze del personale infermieristico, uno studio ha analizzato le esperienze dei docenti e un altro studio si è focalizzato sulle esperienze sia dei docenti che del personale infermieristico. Sono stati inclusi più di 97 partecipanti anche se per uno studio non si è riusciti a risalire al numero dei partecipanti. I partecipanti erano infermieri con comprovata esperienza, infermieri clinici esperti in un ruolo di tutor clinico, personale delle RSA, membri del personale, dirigenti infermieristici e docenti infermieri. Un totale di 32 risultati (31 inequivocabili e uno credibile) sono stati estratti e raggruppati in nove categorie, e sono stati creati quattro risultati aggregati.

1. Sintesi dei risultati: gli studenti migliorano l'ambiente.

Il personale ha ritenuto che gli studenti fossero dei modelli, ispirando nuove idee e portando nuove prospettive sul luogo di lavoro. La presenza degli studenti ha spinto il personale a riflettere sulla propria pratica e, in alcuni circostanze, ad apportare modifiche o miglioramenti professionali. La presenza degli studenti ha rinvigorito il personale e i pazienti residenti, migliorando l'assistenza residenziale durante il tirocinio clinico dello studente.

2. Sintesi dei risultati: è richiesto uno sforzo da parte dei docenti e del personale per far un'esperienza positiva.

Gli studenti inesperti possono richiedere un grande impegno in termini di orientamento e supervisione, tale impegno, se rientra nell'esperienza di apprendimento dello studente, viene percepito come un investimento per i futuri professionisti. I docenti e il personale hanno notato che alcuni studenti non riconoscevano il valore aggiunto del tirocinio clinico nelle RSA e si sentivano paragonati agli infermieri che lavorano negli ospedali che si occupano di assistenza nelle fasi acute.

3. Sintesi dei risultati: le RSA offrono un apprendimento ricco di esperienze.

I docenti e il personale hanno apprezzato l'opportunità di insegnare nozioni riguardanti i fondamenti infermieristici, le valutazioni, la comunicazione, le cure olistiche, le cure di fine vita e la comprensione del contesto dell'assistenza degli anziani all'interno dei servizi sanitari. I docenti e il personale hanno anche apprezzato l'opportunità di dimostrare la complessità dell'assistenza e il livello di responsabilità che gli infermieri hanno nell'assistere gli anziani.

4. Sintesi dei risultati: l'importanza di una collaborazione accademica con le RSA.

Per lavorare insieme, c'è bisogno di un impegno da parte di tutti i partner quali l'accademia, le RSA, i docenti e il personale. Il personale ha anche espresso la necessità che l'accademia dia degli obiettivi chiari per garantire che gli studenti sperimentino una pratica clinica in cui possano traferire le loro conoscenze teoriche. In tal modo sarà possibile realizzare un'esperienza positiva per gli studenti, il personale delle RSA e il personale accademico.

Conclusioni

I risultati della revisione sistematica sottolineano l'importanza per i docenti e il personale infermieristico delle RSA che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il loro tirocinio clinico di riconoscere ed apprezzare la complessità e le molteplici opportunità di apprendimento che si creano durante l'affiancamento degli studenti. Il personale ha un ruolo importante nel tutoraggio degli studenti infermieri e dovrebbe essere supportato dai docenti e dall'accademia con un accordo ben articolato che rifletta obiettivi e aspettative condivise.

Implicazioni per la pratica

Tra i quattro risultati sopra riportati, questa revisione ha identificato tre raccomandazioni per la pratica infermieristica e per la formazione. Si raccomanda 1) che le istituzioni accademiche assegnino la docenza nelle RSA a coloro che siano interessati e appassionati nell'apprendimento derivato dal tirocinio clinico degli studenti di infermieristica; 2) un'attenta pianificazione dei docenti delle RSA prima dell'inizio del tirocinio clinico degli studenti di infermieristica, compreso sapere chi sarà assegnato a lavorare con gli studenti, identificare gli obiettivi del corso, garantire che le risorse siano allocate e che sia stata data comunicazione al personale delle RSA; 3) un accordo formale tra l'accademia e le RSA che dovrebbe essere stipulato per definire chiaramente i ruoli e le responsabilità di ogni partner, gli obiettivi comuni e i requisiti degli studenti e del personale.

LE ESPERIENZE DEI DOCENTI E DEL PERSONALE INFERMIERISTICO CHE LAVORANO CON GLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA DURANTE IL TIROCINIO CLINICO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI

INFORMAZIONI DI BACKGROUND

- ▶ Traslare la teoria nella pratica attraverso il tirocinio clinico è essenziale per gli studenti infermieri
- ▶ Gli infermieri gerontologici devono comprendere in modo completo i fenomeni legati all'invecchiamento e la complessità assistenziale che ne deriva.
- ▶ I docenti e il personale infermieristico delle residenze sanitarie assistenziali per gli anziani (RSA) sperimentano ostacoli e barriere durante il tutoraggio agli studenti di infermieristica.
- ▶ Comprendere le esperienze di tutoraggio del personale e dei docenti durante il tirocinio degli studenti di infermieristica (o lavorare con gli studenti infermieri nel proprio setting lavorativo) può fornire informazioni sui facilitatori e le barriere derivate dalla loro personale esperienza.

POPOLAZIONE

- ▶ Studenti di infermieristica in tirocinio presso le RSA
- ▶ Personale accademico/docenti
- ▶ Personale clinico

SETTING

- ▶ Residenze sanitarie assistenziali per anziani



EVIDENZE SINTETIZZATE

1. GLI STUDENTI MIGLIORANO L'AMBIENTE

Il personale clinico apprezza energia, idee e curiosità

- ▶ Il proprio sviluppo professionale può essere potenziato
- ▶ Il carico di lavoro è percepito come più leggero



2. È RICHiesto UNO SFORZO DA PARTE DEI DOCENTI E DEL PERSONALE PER FAR FUNZIONARE L'ESPERIENZA LAVORATIVA.

- ▶ Gli studenti di infermieristica non hanno percepito il tirocinio nelle RSA come un'esperienza preziosa di apprendimento, sono necessari la pianificazione e la motivazione da parte del personale e dei docenti
- ▶ Nonostante il lavoro aggiuntivo necessario per il tutoraggio degli studenti, questo è visto come un investimento nello sviluppo di futuri infermieri



3. LE RSA FORNISCONO UN APPRENDIMENTO RICCO DI ESPERIENZE

- ▶ Il tirocinio nelle strutture residenziali per anziani offre opportunità di apprendimento
- ▶ I tirocini migliorano le relazioni tra RSA e ospedali

4. L'IMPORTANZA DI UNA COLLABORAZIONE ACCADEMICA CON LE RSA

- ▶ Un approccio collaborativo è necessario creare un'esperienza positiva per docenti e personale quando lavorano con gli studenti



RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

ACCORDO DI PRATICA

- ▶ È raccomandato un accordo formale di tirocinio tra l'istituzione/accademia e la residenza sanitaria assistenziale per gli anziani (RSA). L'accordo dovrebbe riportare chiaramente i ruoli e le responsabilità di ciascun partner, gli obiettivi comuni e i requisiti degli studenti e del personale.

(Grado A)

MOTIVARE GLI STUDENTI

- ▶ Le istituzioni accademiche dovrebbero individuare docenti con competenze e interessi specifici per le RSA, al fine di motivare e aumentare le opportunità di apprendimento degli studenti durante i tirocini nelle RSA

(Grado B)



COLLOCAMENTO PIANIFICATO

- ▶ L'assegnazione degli studenti di infermieristica all'interno delle RSA dovrebbe essere pianificata prima che lo studente inizi il tirocinio. La pianificazione comprende: garantire che i docenti abbiano interessi e conoscenze sulle RSA, assicurarsi che ci siano sufficienti risorse a disposizione e comunicare gli obiettivi del corso al personale competente delle RSA

(Grado A)

Le esperienze dei docenti e del personale infermieristico che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il tirocinio clinico nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani

Bibliografia

1. Overall, B. [Best practice Information Sheet] Experiences of faculty and staff nurses working with nursing students during clinical placement in residential aged care facilities. JBI EBP Database. 2022; 24(2):1-4.
2. McCloskey R, Keeping-Burke L, Witherspoon R, Cook J, Morris P. Experiences of faculty and staff nurses working with nursing students during clinical placement in residential aged care facilities: a systematic review of qualitative evidence. JBI Evid Synth 2022;20(5):1176-1208.

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato sviluppato in collaborazione con il JBI. Questo foglio informativo è stato revisionato da alcuni candidati nominati dai Centri di Collaborazione JBI e dagli autori della revisione.



CECRI Evidence-based
practice group for
Nursing Scholarship

A JBI Affiliated Group



Centre of Excellence
for Nursing Scholarship

Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Overall, B. [Best practice Information Sheets] Le esperienze dei docenti e del personale infermieristico che lavorano con gli studenti di infermieristica durante il tirocinio clinico nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani. Accettone R^a, Caggianelli G^b, Fiorini J^c, Sferazza S^d, Kusumam P^e, D'Angelo D, tradotto^f. JBI EBP Database. 2022 LOTE 1 (3) 1-4.

a Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Rome, Italy

e-mail: r.accttone@gmail.com

b Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni- Addolorata, Rome, Italy

e-mail: caggianelligabriele@gmail.com

c Fondazione Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy

e-mail: fiorini.jcp@gmail.com

d Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, Rome, Italy

e-mail: silviasferrazza15@gmail.com

e Casa di Cura Matermisericordiae, Rome, Italy

e-mail: fiorkus@hotmail.com

f CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Rome, Italy

e-mail: dangelo76@hotmail.it

d,e CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Rome, Italy.



This Best Practice Information Sheet was developed by JBI and derived from the findings of a single systematic review published in JBI Evidence Synthesis. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

Note: The information contained in this Best Practice Information Sheet must only be used by people who have the appropriate expertise in the field to which the information relates. While care has been taken to ensure that this Best Practice Information Sheet summarizes available research and expert consensus, any loss, damage, cost or expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on this information (whether arising in contract, negligence, or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded. Reproduced by permission of JBI.

Copyright © 2022, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

Daniela D'Angelo (Direttore), Roberto Accettone, Gabriele Caggianelli, Jacopo Fiorini, suor Fiorella Pampoorickal Kusumam, Silvia Sferrazza

Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

La Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)[1] sulla responsabilità professionale, ha affidato alle Linee Guida (LG) un ruolo di particolare rilevanza in tema di sicurezza e qualità delle cure, tanto da aver affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il ruolo di garante metodologico e di governance nazionale del processo produttivo delle LG.

La suddetta legge conferisce alle Società scientifiche e alle Associazioni tecnico-scientifiche delle Professioni sanitarie iscritte in apposito elenco e ad Enti ed istituzioni pubblici e privati la possibilità di produrre LG da inserire nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Il SNLG costituisce il punto di accesso istituzionale alle LG per la Pratica Clinica e la sua gestione è attribuita al Centro Nazionale Eccellenza, Qualità e Sicurezza delle Cure (CNEC) che ne definisce le priorità in merito alle tematiche cliniche, di salute pubblica e organizzative e ne valuta la qualità secondo criteri prestabiliti.

Risulta importante sottolineare che la legge Gelli-Bianco, nell'articolo 5, sancisce che gli esercenti le Professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni debbano attenersi alle raccomandazioni previste dalle LG pubblicate nel SNLG, o in mancanza delle suddette alle buone pratiche clinico-assistenziali. Tale articolo conferisce alle LG un ruolo di particolare rilevanza nell'ambito della responsabilità professionale, connettendo il tema della sicurezza e della qualità delle cure all'aderenza a LG validate.

In quest'ottica diventa di fondamentale importanza promuovere un efficiente meccanismo di produzione di LG nazionali di buona qualità, che, una volta pubblicate nel SNLG, permettano di ottenere un miglioramento della qualità delle cure e degli esiti di salute, riducendo la variabilità ingiustificata delle pratiche clinico-assistenziali.

A tal fine, risulta altresì importante ribadire quanto espresso all'interno del SNLG, ovvero che le LG sono strumenti scientifici prodotti secondo criteri

predefiniti e sono destinati esclusivamente a guidare, non a determinare in modo cogente la Pratica Clinica dei professionisti della salute e delle organizzazioni sanitarie. Non sono destinate ad essere utilizzate da laici, a meno che non sia espressamente dichiarato. Non esimono dal considerare attentamente la loro applicabilità al caso concreto in questione nonché i valori e le preferenze dei destinatari. La responsabilità finale del loro utilizzo appropriato ricade pertanto, esclusivamente, sul giudizio clinico dell'utilizzatore.

Questa rubrica nasce con la finalità di informare gli infermieri sulle ultime raccomandazioni pubblicate nel SNLG ad alto impatto sulla pratica professionale infermieristica.

A tal fine, in ogni numero, viene fornito l'estratto della LG selezionata in cui vengono messe in risalto le domande cliniche e le raccomandazioni prodotte. Queste ultime potranno guidare i professionisti nell'esercizio della pratica clinica aiutandoli ad attuare comportamenti aggiornati e allo stesso tempo a superare le pratiche obsolete non supportate da raccomandazioni aggiornate e di buona qualità. Per maggiori dettagli di ordine metodologico e contenutistico della LG presentata si invita il lettore a consultare il sito del SNLG (<https://snlg.iss.it/?cat=6>).

Ci auspichiamo che il nostro contributo porti ad un più efficiente e tempestivo trasferimento delle evidenze scientifiche all'interno della Pratica Clinica, sostenendo una pratica professionale contrassegnata da alti livelli di appropriatezza in grado di garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Ci auspichiamo, inoltre, che una capillare divulgazione delle raccomandazioni ne supporti l'inserimento all'interno di specifici PDTA, protocolli o procedure considerati strumenti imprescindibili per una reale applicazione della raccomandazione nella pratica quotidiana.



Linea Guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Estratto della Linea Guida “Lungoviventi”

- Edizione 2021

(Roma, 12 giugno 2020)

Aggiornamento, 23 dicembre 2021

DEFINIZIONE

Negli ultimi anni, il dibattito sulle definizioni di “sopravvissuto” al cancro e di “sopravvivenza” si è sempre più intensificato (2-5).

Secondo la *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS), negli Stati Uniti ogni individuo con diagnosi di cancro è considerato “un sopravvissuto” e lo è “dal momento della sua diagnosi”. Per la sua condizione egli attraversa diverse “stagioni della sopravvivenza” in un *continuum* esperienziale (6-8).

L’impiego del termine “sopravvissuto” fa riferimento alla sofferenza delle persone con diagnosi di cancro e alla resilienza da loro manifestata rispetto ai cambiamenti drastici intervenuti nelle loro vite dal giorno della diagnosi, indipendentemente da quando essa sia stata formulata (8).

Tuttavia, nella maggior parte dei Paesi europei, oggi, vengono considerati “sopravvissuti” al cancro quei pazienti che hanno vissuto oltre i 3-5 anni dalla diagnosi o dalla fine del trattamento e che si trovano in una condizione di remissione completa di malattia (9-11).

In qualsiasi caso, in contesti culturali in cui il termine “sopravvissuto” non ha connotazioni positive legate alla “resilienza”, le persone che vivono dopo una diagnosi di cancro percepiscono tale termine come un’etichetta negativa o pessimistica, che le lega a un evento traumatico di vita mentre loro considerano l’esperienza del cancro come un contributo alla loro storia di vita e alla loro identità.

In uno studio qualitativo effettuato nel Regno Unito, a 40 pazienti, la cui diagnosi di cancro al seno, al colon o alla prostata era avvenuta da almeno 5 anni, veniva chiesto se si ritenevano dei “sopravvissuti”.

La maggioranza sosteneva di no, in quanto il termine implica un alto rischio di morte e li fa sentire legati a un’identità che non li descrive con precisione. Il suo impiego, poi, suggerisce che un buon risultato terapeutico possa dipendere dalle caratteristiche individuali e richiama ad un ruolo di *advocacy* che loro non desiderano ricoprire. A questo va aggiunto che altri percepiscono il termine “sopravvissuto” come eccessivamente eroico e carico di enfasi, irrispettoso chi continua a lottare contro il cancro o che, purtroppo, non ce la fanno (12).

In questo contesto, la proposta di sostituire il termine *survivor* con “persona che ha avuto il cancro” può essere condivisibile poiché si riferisce a tutte le diverse tipologie di tumori e di pazienti riconoscendone implicitamente la loro eterogeneità (13,14); anche il termine *survivorship*, a sua volta, potrebbe essere sostituito con “vivere con e oltre il cancro” che può descrivere meglio la tendenza alla cronicizzazione della malattia (15).

Al di là della semantica, la più ampia e complessa articolazione del percorso assistenziale e la conseguente necessità di disporre di strumenti per selezionare interventi diagnostico-terapeutici personalizzati hanno spinto, più recentemente, a focalizzare l’attenzione sulla categorizzazione dei pazienti. Il vantaggio di una categorizzazione declinata in relazione alla caratterizzazione biologica di malattia e alla fase della sua traiettoria in cui si trova il paziente, consisterebbe nella possibilità di selezionare non solo un trattamento più mirato, ma anche di affrontare questioni come la possibilità o meno (a) di definire, secondo rigorosi criteri scientifici, un paziente “guarito” dal suo tumore primitivo, (b) di sviluppare nuovi approcci clinici e organizzativi in relazione al processo decisionale e alla comunicazione con i pazienti, (c) di proporre una sorveglianza basata sul rischio di ripresa evolutiva, (d) di promuovere lo stato di salute e (e) percorsi riabilitativi personalizzati ed, infine, lo sviluppo (f) di linee guida, avviando, così, un cambiamento di paradigma nella cultura della Oncologia clinica (16-20). Viceversa, la mancanza di selezione tra i pazienti potrebbe influenzare negativamente le comunicazioni e le raccomandazioni di *follow-up* (21).

OGGETTIVI DELLA LG

Le finalità delle Linee Guida AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) sono:

1. migliorare e standardizzare “la pratica clinica”
2. offrire al paziente sull’intero territorio nazionale la possibilità della “migliore cura”
3. garantire un riferimento basato sull’evidenza per le istituzioni nazionali e regionali, per gli organismi regolatori ed i “*payers*”.

Le Linee Guida AIOM sui Lungoviventi hanno lo scopo



di formulare alcune raccomandazioni nell'ambito del *management* (diagnosi, *screening* e trattamento) dei principali sintomi che possono presentarsi dopo una patologia oncologica.

In particolare, ad oggi, sono state inserite solo alcune tematiche fra le più frequenti in questa popolazione quali *cancer-related fatigue*, la nutrizione, il ruolo dell'attività fisica, le artralgie da inibitori dell'aromatasi, la neurotossicità e i disturbi del sonno.

Per il capitolo sulla Cardiotossicità da trattamenti si precisa che sarà rivisto in futuro, sulla base del manuale metodologico per quanto attiene alla formulazione dei quesiti e le relative raccomandazioni.

Le principali aree di incertezza sono state approfondite con metodo GRADE.

DESTINATARI

Attualmente, le Linee Guida AIOM sono rivolte solo all'utilizzo medico, ma non ristretto al solo ambito oncologico. Sono disponibili da aprile 2015 nel sito di AIOM Fondazione opuscoli informativi per i pazienti, redatti dai singoli Gruppi di Lavoro delle Linee Guida, in attesa di produrre anche Linee Guida formali rivolte ai pazienti.

GRUPPO DI LAVORO

A cura dell'AIOM

METODOLOGIA

La descrizione completa della metodologia applicata alle LG AIOM e la modalità di formulazione del quesito clinico sono reperibili sul sito www.aiom.it

RISULTATI

Quesito di ricerca 1: *Nei pazienti lungoviventi con CRF (cancer-related fatigue) di intensità lieve moderata è consigliabile l'utilizzo di terapie cognitivo comportamentali?*

Dei 423 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 3 *records* sono stati recuperati in *full-text* e inclusi.

Bilancio beneficio/danno: le evidenze suggeriscono un sicuro vantaggio sulla terapia cognitivo comportamentale nei *cancer survivors*.

QUESITO 1. Nei pazienti lungo viventi con CRF di intensità lieve moderata è consigliabile l'utilizzo di terapie cognitivo comportamentali?

RACCOMANDAZIONE 1

Nei pazienti lungo viventi con CRF di intensità lieve-moderata, una terapia cognitivo comportamentali (*cognitive behavioral therapy-CBT*) dovrebbe essere presa in considerazione (17, 19, 22)

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove alta

Quesito di ricerca 2: *Nei pazienti lungoviventi con CRF (Cancer-related Fatigue) di intensità lieve moderata è consigliabile la pratica dell'esercizio fisico?*

Il *Panel* ha giudicato che il bilancio beneficio/danno per quanto riguarda la raccomandazione dell'attività fisica nei pazienti lungoviventi con CFR lieve-moderata, sia insignificante, pur con la ristrettezza dei dati di eventi avversi riportati negli studi.

QUESITO 2 GRADE. Nei pazienti lungo viventi con CRF di intensità lieve moderata è consigliabile la pratica dell'esercizio fisico?

RACCOMANDAZIONE 2

Nei pazienti con CRF di intensità lieve moderata, l'attività fisica o l'esercizio fisico dovrebbe essere preso in considerazione come prima opzione non farmacologica

Raccomandazione forte a favore, fiducia nelle prove molto bassa



Quesito di ricerca 3: *Nei pazienti lungoviventi con CRF di intensità moderata-grave è consigliabile un intervento farmacologico con l'utilizzo del metilfenidato?*

Degli 91 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 4 *records* sono stati recuperati in *full-text* e inclusi. Gli studi con esito positivo di cui sopra, così come gli altri presenti in letteratura con esito negativo, non sono stati condotti in pazienti neoplastici "lungoviventi" ma riguardano popolazioni selezionate per *fatigue* chemio-relata o della fase avanzata o terminale di malattia.

Ad oggi, quindi, non vi sono evidenze a supporto dell'indicazione all'utilizzo di psicostimolanti per trattare la *fatigue* nei pazienti oncologici lungoviventi. I dati positivi segnalati in altre popolazioni di pazienti oncologici, se pure carenti di conferme, possono eventualmente essere utilizzati per considerare l'uso di psicostimolanti valutando caso per caso anche nei lungoviventi, in assenza di chiara indicazione all'utilizzo ma anche in assenza di una controindicazione assoluta.

QUESITO 3. Nei pazienti lungo viventi con CRF di intensità moderata - grave è consigliabile un intervento farmacologico con l'utilizzo del metilfenidato?

RACCOMANDAZIONE 3

Nei pazienti lungo viventi con CRF di intensità moderata grave per la quale sia previsto un trattamento farmacologico, l'utilizzo del metilfenidato può essere preso in considerazione

Raccomandazione condizionata a sfavore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 4: *Nei pazienti lungoviventi, poiché l'obesità rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza dei tumori, può essere raccomandato il controllo del peso corporeo attraverso la riduzione del consumo di alimenti ad alta densità energetica?*

Nel 2007, il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (*World Cancer Research Fund, WCRF*) ha pubblicato un'opera imponente di revisione di tutti gli studi scientifici sul rapporto fra alimentazione e tumori allo scopo di diffondere raccomandazioni, in termini di prevenzione primaria e secondaria, basate su solide evidenze scientifiche. Tale documento è stato periodicamente aggiornato e la versione più recente (*Continuous Update Project, 2018*) rappresenta la fonte più autorevole sull'associazione tra dieta e cancro. Rappresenta il più autorevole e completo riferimento sul tema nutrizione e cancro, nonché la base per le raccomandazioni che vengono proposte nel presente capitolo (2).

Da questo documento è emerso che **l'obesità rappresenta il principale fattore di rischio per l'insorgenza di tumori** e il controllo del peso corporeo è la principale raccomandazione per la prevenzione oncologica in questo ambito. Diversi studi sperimentali hanno messo in evidenza come la restrizione calorica sia in grado di inibire il processo di cancerogenesi attraverso vari meccanismi prevalentemente legati ad alterazioni metaboliche (23-24).

QUESITO 4. Nei pazienti lungoviventi, poiché l'obesità rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza dei tumori, può essere raccomandato il controllo del peso corporeo attraverso la riduzione del consumo di alimenti ad alta densità energetica?

RACCOMANDAZIONE 4

Nei pazienti lungoviventi, il controllo del peso corporeo attraverso la riduzione del consumo di alimenti ad alta densità energetica può essere preso in considerazione

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle prove alta



Quesito di ricerca 5: *Va consigliata una regolare attività fisica (AF) ai lungoviventi?*

Dei 1738 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 19 records sono stati inclusi. Bilancio beneficio/danno: nei pazienti definiti lungoviventi, nonostante la bassa qualità complessiva delle evidenze, i vantaggi correlabili alla AF in qualità della vita e funzionalità generale, che, anche quando modesti, interessano una popolazione numericamente importante, in progressivo aumento e spesso affetta da complicanze da trattamento oncologico che se ne possono beneficiare, ed i probabili vantaggi sulla mortalità, sono prevalenti su eventuali danni da esercizio.

Sono necessari studi clinici di elevata qualità per individuare la “dose” efficace di AF ed il paziente che più si può giovare dell’esercizio.

QUESITO 5. Va consigliata una regolare attività fisica ai lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 5

Nei pazienti lungoviventi, una regolare attività fisica dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione per ridurre il rischio di sequele da trattamento, migliorare la qualità della vita, la forma fisica e, probabilmente, il rischio di mortalità complessiva, mortalità cancro-specifica e ripresa di malattia. (17,19,21, 25, 26-37, 38-40)

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 6: *Va consigliato un programma di attività fisica comprensivo di esercizi aerobici e di potenziamento muscolare ai pazienti lungoviventi?*

Dei 1738 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 9 records sono stati inclusi. Bilancio beneficio/danno: nei pazienti lungoviventi senza comorbidità e/o esiti, i vantaggi in qualità di vita e funzionalità fisica correlabili ad un programma di attività fisica comprensivo di esercizi aerobici e di potenziamento di intensità moderata o vigorosa, comprensivo di almeno 150 min/sett di attività aerobica di intensità moderata o 75 min/sett di intensità vigorosa o una combinazione equivalente, di 2-3 sessioni individuali non consecutive alla settimana di potenziamento muscolare che includa i maggiori gruppi muscolari ed esercizi di flessibilità muscolare 1-2 volte alla settimana, con incremento graduale sfruttando l’effetto allenante, in analogia alla popolazione generale, prevalgono su eventuali danni da esercizio.

Si dà raccomandazione positiva forte ad una regolare attività fisica.

QUESITO 6. Va consigliato un programma di attività fisica comprensivo di esercizi aerobici e di potenziamento muscolare ai pazienti lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 6a

Un programma di attività fisica comprensivo di esercizi aerobici e di potenziamento muscolare nei pazienti lungoviventi dovrebbe essere preso in considerazione come prima opzione. La partecipazione dei pazienti lungoviventi ad attività fisica con supervisione dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione (41-43)

Raccomandazione forte a favore, qualità delle evidenze bassa



Bilancio beneficio/danno: nei pazienti lungoviventi sovrappeso/obesi, con sindrome metabolica e/o con linfedema da neoplasia mammaria l'esercizio adattato alle loro specifiche necessità (es. bassa intensità, supervisione, etc.) può apportare benefici significativi, che prevalgono su eventuali danni da esercizio. Si dà raccomandazione positiva forte ad una regolare attività fisica adattata alle condizioni generali e ad eventuali fattori di rischio presenti.

QUESITO 6. Va consigliato un programma di attività fisica comprensivo di esercizi aerobici e di potenziamento muscolare ai pazienti lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 6b

Nei pazienti con comorbidità (s. metabolica, obesità) o esiti (linfedema), previa accurata valutazione clinica e del rapporto rischio/beneficio, l'esercizio fisico che deve essere adattato alle condizioni generali ed ai fattori di rischio presenti dovrebbe essere preso in considerazione come prima opzione (44-45).

Raccomandazione forte a favore, qualità delle evidenze bassa

Bilancio beneficio/danno: nei pazienti lungoviventi con neuropatia periferica iatrogena, l'esercizio adattato alle loro specifiche necessità sembra apportare benefici ed essere sicuro, però le evidenze sono poche e di scadente qualità. Tenendo conto dei benefici complessivi dell'attività fisica nei lungoviventi, questa può essere presa in considerazione anche nel paziente con neuropatia periferica iatrogena, previa accurata valutazione clinica.

QUESITO 6. Va consigliato un programma di attività fisica comprensivo di esercizi aerobici e di potenziamento muscolare ai pazienti lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 6c

Nei pazienti con neuropatia periferica iatrogena, previa accurata valutazione clinica e del rapporto rischio/beneficio, l'esercizio fisico che deve essere adattato alle condizioni generali ed ai fattori di rischio presenti, può essere preso in considerazione (46).

Raccomandazione forte a favore, qualità delle evidenze bassa

Quesito di ricerca 7: *L'attività fisica (definita come lieve o moderata) può essere presa in considerazione come prima opzione nei pazienti trattati radicalmente per tumore polmonare (stadio I-III) definiti come lungoviventi?*

Dei 1738 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 9 records sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: il Panel, sulla base della scarsità di dati nell'ambito dei soggetti trattati radicalmente per tumore polmonare, ha giudicato proponibile un'attività fisica con bilancio incerto fra rischi e benefici.



QUESITO 7 GRADE. L'attività fisica (definita come lieve o moderata) può essere presa in considerazione come prima opzione nei pazienti trattati radicalmente per tumore polmonare (stadio I-III) definiti come lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 7

Nei pazienti trattati radicalmente per neoplasia polmonare (stadio I-III) e definiti lungoviventi, l'attività fisica (definita come lieve o moderata) può essere presa in considerazione in assenza di chiare evidenze sulla base di dati che possono derivare da altre patologie croniche polmonari e da altri *setting* di *survivors*.

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle evidenze: nessuno studio incluso

Quesito di ricerca 8: *Nei pazienti lungoviventi prima della prescrizione dell'attività fisica (AF) è consigliata un'accurata valutazione anamnestica, clinica, funzionale e sociale?*

Dei 1738 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 2 *records* sono stati inclusi. Dei 1738 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 9 *records* sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: nonostante non sia necessario eseguire test di funzionalità cardiopolmonare prima di iniziare un'AF di intensità bassa-moderata (date le note e frequenti sequele dei trattamenti oncologici nei pazienti lungoviventi e le possibili condizioni morbose coesistenti che li possono esporre ad un aumentato rischio di complicanze da esercizio, ed i vantaggi derivanti da una regolare AF per tutti i lungoviventi), si raccomanda una accurata valutazione complessiva dell'individuo prima della prescrizione dell'AF, che deve comprendere la valutazione clinica (peso, BMI*, pressione arteriosa, stato nutrizionale e muscolare, funzionalità fisica, PS), il livello di attività fisica pre-diagnosi ed al momento attuale, le barriere che possono impedire l'esercizio fisico (sociali, ambientali, economiche, etc), la storia oncologica e lo stato attuale della malattia, le comorbidità e le conseguenze dei trattamenti oncologici, e, non ultimo, le preferenze del soggetto.

QUESITO 8. Nei pazienti lungoviventi prima della prescrizione dell'attività fisica è consigliata un'accurata valutazione anamnestica, clinica, funzionale e sociale?

RACCOMANDAZIONE 8

Nei pazienti lungoviventi prima della prescrizione dell'attività fisica un'accurata valutazione anamnestica, clinica, funzionale e sociale dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione (47, 48).

Raccomandazione forte a favore, qualità delle evidenze bassa

Quesito di ricerca 9: *In pazienti con tumore della mammella, con artralgie da assunzione di inibitori delle aromatasi, gli interventi di agopuntura (Agopuntura ad ago, Elettroagopuntura, Agopuntura auricolare) verso l'agopuntura sham o nessun trattamento sono indicati per ridurre l'intensità del dolore misurata con metodi validati entro tempi definiti (ad esempio 1 settimana), per ridurre l'uso di farmaci analgesici e aumentare la Qualità della vita e la Soddisfazione dei pazienti?*



Dei 52 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 4 *records* sono stati inclusi. Bilancio beneficio/danno: non sembrano esserci danni attesi a fronte di un beneficio potenzialmente significativo. In assenza di nuovi dati della letteratura, alcune Revisioni sistematiche e metanalisi recenti riportano conclusioni contraddittorie ma non modificano sostanzialmente le nostre conclusioni.

QUESITO 9. In pazienti con tumore della mammella con artralgie da assunzione di inibitori delle aromatasi gli interventi di agopuntura (Agopuntura ad ago, Elettroagopuntura, Agopuntura auricolare) verso l'agopuntura *sham* o nessun trattamento sono indicati per ridurre l'Intensità del dolore misurata con metodi validati entro tempi definiti (ad esempio 1 settimana), per ridurre l'uso di farmaci analgesici e aumentare la Qualità della vita e la Soddisfazione dei pazienti?

RACCOMANDAZIONE 9

In popolazione con artralgie in corso di terapia con inibitori delle aromatasi una popolazione con artralgie in corso di terapia con inibitori delle aromatasi un trattamento con agopuntura manuale può essere preso in considerazione come prima opzione (49-52)

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 10: *Nei pazienti con polineuropatia indotta da chemioterapici, un approccio valutativo multimodale, che include misurazioni strumentali neurofisiologiche e strumenti patient-based (patient reported outcome, PRO), consente una migliore valutazione della severità della neurotossicità periferica e del suo impatto sulla qualità della vita del paziente rispetto agli strumenti comunemente utilizzati nella pratica clinica (CTCAE)?*

Dei 2976 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 6 *records* sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: attualmente, quindi, un approccio valutativo multimodale, che include misurazioni strumentali neurofisiologiche e strumenti *patient-based* (*patient reported outcome*, PRO) sembra essere il più adeguato per una valutazione obiettiva del danno neuroperiferico integrata con una valutazione della percezione soggettiva del paziente.

QUESITO 10. *Nei pazienti con polineuropatia indotta da chemioterapici, un approccio valutativo multimodale, che include misurazioni strumentali neurofisiologiche e strumenti patient-based (patient reported outcome, PRO), consente una migliore valutazione della severità della neurotossicità periferica e del suo impatto sulla qualità della vita del paziente rispetto agli strumenti comunemente utilizzati nella pratica clinica (CTCAE)?*

RACCOMANDAZIONE 10

Nella valutazione clinica della neurotossicità periferica indotta da chemioterapici, l'integrazione di misure patient-based (PRO- EORTC CIPN 20) con misure physician-based (CTC-TNS FACT/GOG-NTX) può essere presa in considerazione come prima opzione (53-56).

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 11: *Dovrebbe il trattamento farmacologico sintomatico vs nessun trattamento essere utilizzato per pazienti con dolore neuropatico da polineuropatia indotta da chemioterapici?*

Dalla ricerca della letteratura sono stati inclusi 5 studi.

Bilancio beneficio/danno: il *Panel* ha giudicato che il bilancio beneficio/danno per quanto riguarda la raccomandazione del trattamento farmacologico sintomatico del dolore neuropatico da polineuropatia indotta da chemioterapici, sia probabilmente a favore dell'intervento farmacologico, pur con la ristrettezza dei dati di AEs riportati negli studi.



QUESITO 11 GRADE. Dovrebbe il trattamento farmacologico sintomatico vs nessun trattamento essere utilizzato per pazienti con dolore neuropatico da polineuropatia indotta da chemioterapici?

RACCOMANDAZIONE 11

Nei pazienti con dolore neuropatico da polineuropatia indotta da chemioterapici il trattamento farmacologico sintomatico può essere preso in considerazione.

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle evidenze bassa

Quesito di ricerca 12: *Nei pazienti con deficit cognitivo indotto dai trattamenti antitumorali l'intervento farmacologico con farmaci psicostimolanti è raccomandato per ottenere un miglioramento delle funzioni cognitive e della qualità della vita?*

Dei 1214 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 3 records sono stati inclusi. Bilancio beneficio/danno: gli studi clinici sulla neuroprotezione del danno cognitivo con farmaci psicostimolanti in corso di trattamento radiante non hanno evidenziato risultati statisticamente significativi ma solo trend di miglioramento in alcuni domini neurocognitivi. Pertanto, in assenza di dati definitivi, il bilancio beneficio/danno è da considerarsi negativo.

QUESITO 12. Nei pazienti con deficit cognitivo indotto dai trattamenti antitumorali l'intervento farmacologico con farmaci psicostimolanti è raccomandato per ottenere un miglioramento delle funzioni cognitive e della qualità della vita?

RACCOMANDAZIONE 12

Interventi farmacologici con farmaci psicostimolanti (metilfenidato, memantina, modafinil) non dovrebbero essere presi in considerazione nel trattamento dei deficit cognitivi indotti da trattamenti antitumorali (57-59)

Raccomandazione condizionata a sfavore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 13: *Nei pazienti con deficit cognitivo indotto dai trattamenti antitumorali la riabilitazione cognitiva e il training cognitivo sono efficaci sul recupero delle funzioni?*

Dei 1214 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 3 records sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: nonostante i limiti metodologici degli studi clinici citati sul ruolo della riabilitazione cognitiva, che rendono la qualità delle evidenze scientifiche bassa, il rapporto beneficio/danno è da considerarsi in linea generale positivo.

QUESITO 13. Nei pazienti con deficit cognitivo indotto dai trattamenti antitumorali la riabilitazione cognitiva e il training cognitivo sono efficaci sul recupero delle funzioni?

RACCOMANDAZIONE 13

Gli interventi di riabilitazione cognitiva e di training cognitivo nel trattamento dei deficit cognitivi per migliorare la percezione soggettiva dei pazienti, i punteggi in alcuni test neuropsicologici e le misure di qualità di vita post trattamento, dovrebbero essere presi in considerazione (60-62)

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove bassa



Quesito di ricerca 14: *L'attività fisica è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi?*

Dei 136 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 4 *records* sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: il rapporto beneficio/danno è da considerarsi in linea generale positivo.

È però necessario personalizzare il programma di attività fisica/yoga evitando i programmi con possibili rischi per il paziente oncologico.

QUESITO 14. L'attività fisica è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 14

Nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi l'attività fisica personalizzata nel trattamento dell'insonnia può essere presa in considerazione (63-66).

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 15: *La terapia cognitiva-comportamentale (CBT-I) è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi?*

Dei 1033 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 5 *records* sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: anche se non clinicamente rilevanti, non vi sono evidenze disponibili sugli effetti indesiderati della CBT-I (24). Premesso che motivazione e aderenza ai programmi terapeutici sono elementi essenziali per l'ottimizzazione dell'effetto, la CBT-I si è dimostrata trasversalmente efficace in ogni sua modalità di intervento (i.e. individuale, a gruppi, online), durata e per ogni tipologia e stadio di tumore. I benefici si dimostravano mantenuti nel tempo.

Alla luce di queste considerazioni il rapporto beneficio/danno è da considerarsi positivo.

QUESITO 15. La terapia cognitiva-comportamentale è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 15

Nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi la terapia cognitiva comportamentale per il trattamento dell'insonnia dovrebbe essere presa in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione. I

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 16: *La terapia con benzodiazepine o agonisti del recettore delle benzodiazepine è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi, dopo fallimento dell'approccio cognitivo-comportamentale?*

Dei 1033 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 4 *records* sono stati inclusi.

Bilancio beneficio/danno: tenuto conto degli eventi avversi descritti, in particolare sulla popolazione anziana, e della mancanza dei dati di efficacia nel lungo termine, il rapporto beneficio/danno è da considerarsi incerto. Ancora controversi sono i dati sul possibile aumento della mortalità associato all'uso saltuario di ipnotici.



QUESITO 16. La terapia con benzodiazepine o agonisti del recettore delle benzodiazepine è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi, dopo fallimento dell'approccio cognitivo-comportamentale?

RACCOMANDAZIONE 16

Nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi l'utilizzo di benzodiazepine o agonisti del recettore delle benzodiazepine nel trattamento dell'insonnia può essere preso in considerazione, a fallimento dell'approccio cognitivo-comportamentale (67, 72-74).

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 17: *Il trattamento dell'insonnia con benzodiazepine nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi dovrebbe essere di lunga durata?*

Dei 1033 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 4 records sono stati inclusi. Bilancio beneficio/danno: pur considerati i limiti delle evidenze disponibili, i dati sull'utilizzo a lungo termine delle BDZ valutazione un rapporto rischio/beneficio negativo.

QUESITO 17. Il trattamento dell'insonnia con benzodiazepine nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi dovrebbe essere di lunga durata?

RACCOMANDAZIONE 17

Nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi con insonnia l'utilizzo degli ipnotici (i.e. benzodiazepine e antidepressivi) per il trattamento dell'insonnia oltre le 4 settimane, non dovrebbe essere preso in considerazione (67, 75-77)

Raccomandazione condizionata a sfavore, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 18: *L'utilizzo della melatonina è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi?*

Dei 1033 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 2 records sono stati inclusi. Bilancio beneficio/danno: data la debolezza dei dati di efficacia, pur considerando il farmaco in linea di massima sicuro, il bilancio beneficio/danno è incerto.

QUESITO 18. L'utilizzo della melatonina è raccomandata nel trattamento dell'insonnia nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 18

Nei pazienti con anamnesi oncologica e lungoviventi l'utilizzo della melatonina per il trattamento dell'insonnia non dovrebbe essere preso in considerazione (67, 78).

Raccomandazione condizionata a sfavore, qualità delle prove bassa



Quesito di ricerca 19: *La determinazione della frazione di eiezione del ventricolo sinistro (LVEF) è oggi sufficiente per il monitoraggio della **cardiosafety** dei pazienti in trattamento con nuove molecole e per il riscontro di sequele cardiache nei **longterm survivors**?*

Dei 1104 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 6 *records* sono stati e inclusi. Bilancio beneficio/danno: complessivamente le evidenze suggeriscono un vantaggio nel monitoraggio della frazione di eiezione del ventricolo sinistro (LVEF), come parametro di valutazione della *cardiosafety*.

QUESITO 19. La determinazione della frazione di eiezione del ventricolo sinistro (LVEF) è oggi sufficiente per il monitoraggio della *cardiosafety* dei pazienti in trattamento con nuove molecole e per il riscontro di sequele cardiache nei *long-term survivors*?

RACCOMANDAZIONE 19

Per il monitoraggio della *cardiosafety* dei pazienti in trattamento con nuove molecole e per il riscontro di sequele cardiache nei *longterm survivors*, la determinazione della frazione di eiezione del ventricolo sinistro (LVEF), può essere presa in considerazione come prima opzione (79-84)

Raccomandazione condizionata a sfavore, qualità delle prove alta

Quesito di ricerca 20: *Nel tentativo di predire tossicità cardiaca, monitorare i trattamenti in corso e identificare precocemente le sequele cardiache dei trattamenti oncologici è raccomandata la valutazione di **biomarkers** cardiaci?*

Dei 1104 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 11 *records* sono stati e inclusi. Bilancio beneficio/danno: la letteratura indirizza verso la ricerca di uno strumento multidimensionale, che includa almeno uno (o più) *biomarker* circolante e una metodica strumentale.

QUESITO 20. Nel tentativo di predire tossicità cardiaca, monitorare i trattamenti in corso e identificare precocemente le sequele cardiache dei trattamenti oncologici è raccomandata la valutazione di *biomarkers* cardiaci?

RACCOMANDAZIONE 20

Nel tentativo di predire tossicità cardiaca, monitorare i trattamenti in corso e identificare precocemente le sequele cardiache dei trattamenti oncologici, la valutazione di *biomarkers* cardiaci non dovrebbe essere presa in considerazione (81, 85-93)

Raccomandazione condizionata a sfavore, qualità delle evidenze bassa

Quesito di ricerca 21: *Prevenzione: misure, farmacologiche e non, possono essere consigliate su basi di evidenza per la prevenzione della **cardiotossicità** a lungo termine dei trattamenti oncologici?*

Dei 1104 *records* ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 11 *records* sono stati e inclusi. Bilancio beneficio/danno: complessivamente le evidenze supportano l'intervento in questione, suggerendo un potenziale beneficio dal suo impiego.



QUESITO 21. Prevenzione: misure, farmacologiche e non, possono essere consigliate su basi di evidenza per la prevenzione della cardiotoxicità a lungo termine dei trattamenti oncologici?

RACCOMANDAZIONE 21

Per la prevenzione della cardiotoxicità a lungo termine dei trattamenti oncologici, l'intervento sullo stile di vita e sui fattori demografici può essere preso in considerazione (82, 93, 94-101).

Raccomandazione condizionata a favore, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 22: *La presa in carico e la gestione pro-attiva dei disturbi della sessualità può migliorare o attenuare i disturbi della sessualità nelle donne lungoviventi?*

Dei 178 records ottenuti dalla strategia di ricerca e dopo rimozione dei duplicati, 17 records sono stati recuperati in *full-text* e inclusi.

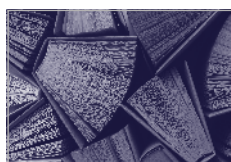
Bilancio beneficio/danno: complessivamente le evidenze suggeriscono un beneficio nella presa in carico e gestione dei disturbi della sessualità nelle donne lungoviventi.

QUESITO 22. La presa in carico e la gestione pro-attiva dei disturbi della sessualità può migliorare o attenuare i disturbi della sessualità nelle donne lungoviventi?

RACCOMANDAZIONE 22

Nelle donne lungoviventi, la presa in carico e la gestione pro-attiva dei disturbi della sessualità dovrebbe essere presa in considerazione(101-118).

Raccomandazione forte a favore, qualità delle evidenze moderata



Referenze

1. Guzzinati F, Virdone S, De Angelis R et al, Characteristics of people living in Italy after a cancer diagnosis in 2010 and projections to 2010. BMC Cancer. 2018; 18:169.
2. Astrow A.B et al, A piece of my mind. Cancer survivorship and beyond. JAMA 2012; 308(16):1639-40.
3. Bell K, Ristovski-Slijepcevic S, Cancer Survivorship: Why Labels Matter. J Clin Oncol. 2013;31(4):409-11;
4. Harrington C, Hansen J, Moskowitz M et al, It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors --a systematic review. Inter J Psych Med. 2010;40: 163-81.
5. Kahn NF, Rose PW, Evans J et al, Defining cancer survivorship: a more transparent approach is needed. J Cancer Surviv. 2012; 6: 33-6.
6. Leigh S, The changing legacy of cancer: issues of long-term survivorship. Nurs Clin Nth Am.2008; 43: 243-58.
7. National Coalition for Cancer Survivorship. NCCS 2013. Available from: <http://www.canceradvocacy.org/about-us/>
8. Mullan E, Season of survival: reflections of a physician with cancer, N Engl J Med. 1985; 313: 270-3.
9. Guidelines on Survivorship Care of American society of clinical oncology (ASCO). Available from: <https://www.asco.org/practice-policy/cancer-care-initiatives/preventionsurvivorship/survivorship-compendium-0>
10. Khan N.F, Harrison S.E, Rose P et al, Interpretation and acceptance of the term 'cancer survivor': a UK based qualitative study. Eur J Cancer Care. 2011; 177-86.



11. Rowland J.H, Kent E, Forsythe L et al, Cancer Survivorship Research in Europe and the United States: where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? *Cancer*. 2013; 119(11): 2094–2108.
12. Twombly R, What's in a name: Who is a cancer survivor. *J Natl Cancer Inst*. 2004; 96:1414-5.
13. Bell K, Ristovski-Slijepcevic S, Cancer Survivorship: why Labels Matter. *J Clin Oncol*.2013;31(4):409-11.
14. Bellizzi K.M, Blank T.O, Cancer-related identity and positive affect in survivors of prostatecancer. *J Cancer Surviv*. 2007; 1:44-8.
15. Davies N, Cancer survivorship: living with or beyond cancer. *Cancer Nurs Pract*. 2009; 8(7):29–35.
16. Doods R, Zaho Y, Armbruster S.D et al, Defining survivorship trajectories across patients with solid tumors. An evidence-based approach, *JAMA Oncol*. 2018; 4(11):1519-26.
17. Surbone A, Tralongo P, Categorization of Cancer Survivors: Why We Need It. *J Clin Oncol*. 2016; 34: 3372-4.
18. Nekliudov L, Ganz P, Arora N.K et al, Reply to Tralongo P; 2017. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.74.6396>
19. Tralongo P, McCabe M.S, Surbone A, Challenge for cancer survivorship: improving care through categorization by risk. *J Clin Oncol*. 2017; 35(30):3516-7.
20. Surbone A, Annunziata M.A, Santoro A et al, Cancer patients and survivors: chancing words or chancing culture? *Ann Oncol*. 2013; 24(10):2468-71.
21. Duijts S.F, Faber M.M, Oldenburg H.S et al, Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors-a meta-analysis. *Psychooncology* 2011; 20(2):115–26.
22. Qu D, Zhang Z, Yu X et al, Psychotropic drugs for the management of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25(6):970-9.
23. Armstrong B, Doll R, Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries, with special reference to dietary practices. *Int J Cancer*. 1975; 15:617-31.
24. World Cancer Research Found (WCRF). Diet, nutrition and physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project, Third Expert Report. Available from: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Cancer-Prevention-Recommendations-2018.pdf>; <https://www.wcrf.org/dietandcancer/recommendations/during-after-cancer>
25. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D et al, Body fatness and cancer viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2016; 375:794-8.
26. Parkin D.M, Boyd L, Walker L.C, The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer* 2011;105 (Suppl 2): S77-81.
27. Rolls B.J, The relationship between dietary energy density and energy intake. *Physiol Behav*. 2009; 97:609-15.
28. Chazelas E, Srouf B, Desmetz E et al, Sugary drink consumption and risk of cancer: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*. 2019; 366(l):2408.
29. American Institute for Cancer Research, Survivors of breast and other cancers. 2018. Available from: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Cancer-Survivors.pdf>
30. American Institute for Cancer Research, Breast cancer. 2012. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/breast-cancer>.
31. Wang Y, Song H, Yin Y, Feng L, Cancer Survivors Could Get Survival Benefits from Postdiagnosis Physical Activity: a Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2019; 2019: 1940903. Published online 2019 Oct 24. doi: 10.1155/2019/1940903
32. Fong D.Y.T, Ho J.W.C, Hui B.P.H, Lee A.M, Macfarlane D.J, Leung S.S, Cerin E, Chan W.Y, Leung I.P, Lam S.H, Taylor A.J, Cheng K.K, Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2012; 344:e70 doi: 10.1136/bmj.e7
33. Fuller J.T, Hartland M.C, Maloney L.T, Davison K, Therapeutic effects of aerobic and resistance exercises for cancer survivors: a systematic review of meta-analyses of clinical trials. *Br J Sports Med* 2018; 0:1–11. doi:10.1136/bjsports-2017-098285
34. Jones L.W, Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: cancer. *Appl. Physiol. Nutr. Metab*.2011;36: S101–S112
35. Crew K.D, Capodice J.L, Greenlee H et al, Randomized, blinded, sham-controlled trial of acupuncture for the management of aromatase inhibitor-associated joint symptoms in women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28:1154-60
36. Hershman D.L, Unger J.M, Greenlee H et al, Effect of acupuncture vs sham acupuncture or waitlist control on joint pain related to aromatase inhibitors among women with early-stage breast cancer: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018; 320:167-76
37. Chen L, Lin C.C, Huang T.W et al, Effect of acupuncture on aromatase inhibitor-induced arthralgia in patients with breast cancer: a Meta-Analysis of randomized controlled trials. *Breast*. 2017; 33:132-8.
38. Alberti P, Rossi E, Cornblath D.R et al, Physician-assessed and patient-reported outcome measures in chemotherapy-induced sensory peripheral neurotoxicity: two sides of the same coin. *Ann Oncol*. 2014; 25(1):257-64.
39. Alberti P, Bernasconi D.P, Cornblath D.R, Jose Merkies I.S, Park S.B, Velasco R, Bruna J, Psimaras D, Susanne K, Pace A, Dorsey S.G, Argyriou A.A, Kalofonos H.P, Briani C, Schenone A, Faber C.G, Mazzeo A, Grisold W, Valsecchi M, Cavaletti G; CI-Perinoms group, Prospective Evaluation of Health Care Provider and Patient Assessments in Chemotherapy Induced Peripheral Neurotoxicity. *Neurology*. 2021 Jun 2:10.1212/WNL.000000000012300. doi: 10.1212/WNL.000000000012300. Epub ahead of print. PMID: 34078718.
40. Le-Rademacher J, Kanwar R, Seisler D et al, Patient-reported (EORTC QLQ-CIPN20) versus physician-reported (CTCAE) quantification of oxaliplatin- and paclitaxel/carboplatin-induced peripheral neuropathy in NCCTG/Alliance clinical trials. *Support Care Cancer*.



- 2017; 25(11):3537-44.
41. Cavaletti G, Cornblath D.R, Merkies I.S.J et al, Patients' and physicians' interpretation of chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *J Peripher Nerv Syst.* 2019; 24(1):111-9.
42. Hartman S.J, Weiner L.S, Nelson S.H et al, Mediators of a Physical Activity Intervention on Cognition in Breast Cancer Survivors: Evidence From a Randomized Controlled Trial. *JMIR Cancer.* 2019; 5(2):e13150
43. Mishra S.I, Scherer R.W, Geigle P.M et al, Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15; (8):CD007566.
44. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C et al, European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700.
45. Johnson J.A, Rash J.A, Campbell T.S et al, A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Med Rev.* 2016; 27:20–8.
46. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C et al, The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(9):1335
47. Hallfors D.D, Saxe L, The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a Meta-Analysis. *Am J Public Health.* 1993; 83(9):1300–4.
48. Barker M.J, Greenwood K.M, Jackson M et al, Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol.* 2004; 19(3):437–54.
49. Crew K.D, Capodice J.L, Greenlee H et al, Randomized, blinded, sham-controlled trial of acupuncture for the management of aromatase inhibitor-associated joint symptoms in women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2010; 28:1154-60
50. Hershman D.L, Unger J.M, Greenlee H et al, Effect of acupuncture vs sham acupuncture or waitlist control on joint pain related to aromatase inhibitors among women with early-stage breast cancer: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2018; 320:167-76.
51. Mao J.J, Xie S.X, Farrar J.T et al, A randomised trial of electroacupuncture for arthralgia related to aromatase inhibitor use. *Eur J Cancer.* 2014;50: 267-76.
52. Bao T, Cai L, Giles JT, Gould J, Tarpinian K, Betts K, Medeiros M, Jeter S, Tait N, Chumsri S, Armstrong DK, Tan M, Folkerd E, Dowsett M, Singh H, Tkaczuk K, Stearns V, A dual-center randomized controlled double blind trial assessing the effect of acupuncture in reducing musculoskeletal symptoms in breast cancer patients taking aromatase inhibitors. *Breast Cancer Res Treat.* 2013 Feb; 138(1):167-74. doi: 10.1007/s10549-013-2427-z. Epub 2013 Feb 8. PMID: 23393007; PMCID: PMC3594526.
53. Gewandter J.S, Freeman R, Kitt R.A et al, Chemotherapy-induced peripheral neuropathy clinical trials: Review and recommendations. *Neurology.* 2017; 89(8):859-69.
54. Alberti P, Rossi E, Cornblath D.R et al, Physician-assessed and patient-reported outcome measures in chemotherapy-induced sensory peripheral neurotoxicity: two sides of the same coin. *Ann Oncol.* 2014; 25(1): 257-64.
55. Alberti P, Bernasconi D.P, Cornblath D.R, Jose Merkies I.S, Park S.B, Velasco R, Bruna J, Psimaras D, Susanne K, Pace A, Dorsey S.G, Argyriou A.A, Kalofonos H.P, Briani C, Schenone A, Faber C.G, Mazzeo A, Grisold W, Valsecchi M, Cavaletti G; CI-Perinoms group, Prospective Evaluation of Health Care
56. Molassiotis A, Cheng H.L, Lopez V, Joseph S.K Au, Chan A, Bandla A, Leung K.T, Li Y.C, Wong K.H, Suen L, Chan C.W, Yorke J, Farrell C, Sundar R, Are we mis-estimating chemotherapy-induced peripheral neuropathy? Analysis of assessment methodologies from a prospective, multinational, longitudinal cohort study of patients receiving neurotoxic chemotherapy. *BMC Cancer.* 2019; 19(1):132.
57. Brown P.D, Pugh S, Laack N.N et al, Memantine for the prevention of cognitive dysfunction in patients receiving whole-brain radiotherapy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *NeuroOncology* 2013; 15:1429–37.
58. Miladi N, Dossa R, Dogba M.J, Cléophat-Jolicoeur M.I.F, Gagnon B, Psychostimulants for cancer-related cognitive impairment in adult cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2019; 27(10):3717-3727
59. Ercoli L.M, Petersen L, Hunter A.M et al, Cognitive rehabilitation group intervention for breast cancer survivors: results of a randomized clinical trial. *Psycho-Oncology* 2015; 24(11):1360-7.
60. Zeng Y, Cheng A.S, Chan C, Meta-analysis of the effects of neuropsychological interventions on cognitive function in non-central nervous system cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies* 2016; 15(4):424–34.
61. Salerno E.A, Rowland K, Kramer A.F et al, Acute aerobic exercise effects on cognitive function in breast cancer survivors: a randomized crossover trial. *BMC Cancer.* 2019; 19(1):371.
62. Hartman S.J, Weiner L.S, Nelson S.H et al, Mediators of a Physical Activity Intervention on Cognition in Breast Cancer Survivors: evidence From a Randomized Controlled Trial. *JMIR Cancer.* 2019; 5(2):e13150
63. Mishra S.I, Scherer R.W, Geigle P.M et al, Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15;(8):CD007566.
64. Mustian K.M, Yoga as treatment for insomnia among cancer patients and survivors: a systematic review. *Eur Med J Oncol.* 2013; 1:106–15.
65. Mustian K.M, Sprod L.K, Janelins M, Peppone L.J, Palesh O.G, Chandwani K, Reddy P.S, Melnik M.K, Heckler C, Morrow G.R, Multicenter, randomized controlled trial of yoga for sleep quality among cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2013 Sep 10; 31(26):3233-41



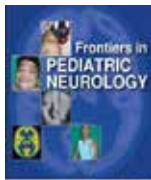
66. Mercier J, Ivers H, Savard J, Yoga as treatment for insomnia among cancer patients and survivors: a systematic review. *Sleep*. 2018;41(10).
67. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C et al, European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017; 26(6):675–700.
68. Johnson J.A, Rash J.A, Campbell T.S et al, A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Med Rev*. 2016; 27:20-8.
69. Guthrie K.A, Larson J.C, Ensrud K.E et al, Effects of pharmacologic and non pharmacologic interventions on insomnia symptoms and self-reported sleep quality in women with hot flashes: a pooled analysis of individual participant data from four MsFLASH trials. *Sleep*. 2018; 41(1).
70. Peoples A.R, Garland S.N, Perlis M.L et al, Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia and armodafinil on quality of life in cancer survivors: a randomized placebo-controlled trial. *J Cancer Surviv Res Pract*. 2017;11(3):401–9.
71. Ma Y, Hall D.L, Ngo L.H, Liu Q, Bain P.A, Yeh G.Y, Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer: A meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2021 Feb.
72. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C et al, The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med*. 2007;22(9):1335–50.
73. Winkler A, Auer C, Doering B.K et al, Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials. *CNS Drugs*. 2014; 28(9):799–816.
74. Glass J, Lancôt K.L, Herrmann N et al, Sedative hypnotics in older people with insomnia: metaanalysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005;331(7526):1169
75. Hallfors D.D, Saxe L, The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 1993;83(9):1300–4.
76. Parrino L, Smerieri A, Giglia F et al, Polysomnographic study of intermittent zolpidem treatment in primary sleep maintenance insomnia. *Clin Neuropharmacol*. 2008; 31(1):40–50.
77. Barker M.J, Greenwood K.M, Jackson M et al, Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol*. 2004; 19(3):437– 54.
78. Chen W.Y, Giobbie-Hurder A, Gantman K et al, A randomized, placebo-controlled trial of melatonin on breast cancer survivors: impact on sleep, mood, and hot flashes. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;145(2):381–8.
79. Zamorano J.L, Lancellotti P, Rodriguez Muñoz D et al, ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016; 37(36):2768-2801.
80. Curigliano G, Cardinale D, Suter T et al, Cardiovascular toxicity induced by chemotherapy, targeted agents and radiotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2012;23(Suppl 7):vii155–vii166.
81. Haignes H.S, Wethal T, Aass N et al, Cardiovascular risk factors and morbidity in long-term survivors of testicular cancer: a 20-year follow-up study. *J Clin Oncol*. 2010; 28(30):4649-57.
82. Blaes A.H, Thavendiranathan B, Moslehi J, Cardiac toxicities in the era of precision medicine: underlying risk factors, targeted therapies, and cardiac biomarkers *Am Sos Clin Oncol Educ Book*. 2018;38:764-74
83. Cardinale D, Colombo A, Sandri M.T et al, Prevention of high-dose chemotherapy-induced cardiotoxicity in high-risk patients by angiotensin-converting enzyme inhibition. *Circulation*. 2006;114(23):2474-81.
84. Armenian S.H, Lacchetti C, Barac A et al, Prevention and Monitoring of Cardiac Dysfunction in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2017; 35:893-911.
85. Gilchrist S.C, Barac A, Ades P.A et al, A scientific statement from the american heart association circulation. 2019;139(21):e997-1012.
86. Tan L.L, Lyon A.R, Role of Biomarkers in Prediction of Cardiotoxicity During Cancer Treatment. *Curr Treat Options Cardio Med*. 2018; 20:54-69.
87. Armenian S.H, Gelehrter S.K, Vase T et al, Screening for cardiac dysfunction in anthracyclineexposed childhood cancer survivors. *Clin Cancer Res*. 2014;20(24):6314-23.
88. Yidirim A, Tunaoglu F.S, Kanburuglu K et al, The utility of NT-proBNP and various echocardiographic methods in the determination of doxorubicin induced subclinical late toxicity. *Kardiol Pol*. 2013;71(1):40-46.
89. Ki B, Putt M, Sawaya H et al, Early increase in multiple biomarkers predict subsequent cardiotoxicity in patients with breast cancer treated with doxorubicin, taxanes and trastuzumab. *J Am Coll Cardiol*. 2014, 63(8):809-16.
90. Rigaud V.O, Ferreira L.R, Ayb-Ferreira S.M et al, Circulating miR-1 as a potential biomarker of doxorubicin-induced cardiotoxicity in breast cancer patients. *Oncotarget* 2017; 8(4):6994-7002.
91. Skitch A, Mital S, Mertens L et al, Novel approaches to the prediction, diagnosis and treatment of cardiac late effects in survivors of childhood cancer: a multi-centre observational study. *BMC Cancer* 2017;17(1)519.
92. Michel L, Rassaf T, Totzeck M, Biomarkers for the detection of apparent and subclinical cancer therapy-related cardiotoxicity. *J Thorac Dis*. 2018; 10(Suppl 35):S4282-95.



93. Tralongo P, Bordonaro S, Tralongo A.C et al, Cardiotoxicity in long-term survivors. In "Manual of Cardio-Oncology. Cardiovascular Care in the Cancer Patients". Lestuzzi C, Oliva S, Ferràù F, editors. Springer International Publishing. 2017:291 – 308.
94. Lyon A.R, Yousaf N, Battisti N.M.L et al, Immune checkpoint inhibitors and cardiovascular toxicity. *Lancet Oncol.* 2018;19:e447–58.
95. Cardinale D, Colombo A, Lamantia G et al, Anthracycline-induced cardiomyopathy: clinical relevance and response to pharmacologic therapy. *J Am Coll Cardiol.* 2010 Jan 19;55(3):213-20.
96. Kalay N, Basar E, Ozdogru I et al, Protective effects of carvedilol against anthracycline-induced cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48(11):2258-62.
97. Bosch X, Rovira M, Sitges M et al, Enalapril and carvedilol for preventing chemotherapy-induced left ventricular systolic dysfunction in patients with malignant hemopathies: the OVERCOME trial (prevention of left Ventricular dysfunction with Enalapril and Carvedilol in patients submitted to intensive Chemiotherapy for the treatment of Malignant Hemopathies). *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(23):2355-62.
98. Gulati G, Heck S.L, Ree A.H et al, Prevention of cardiac dysfunction during adjuvant breast cancer therapy (PRADA): a 2 × 2 factorial, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of candesartan and metoprolol. *Eur Heart J.* 2016; 37(21):1671-80.
99. Moselehi J.J, Cardiovascular Toxic Effects of Targeted Cancer Therapies. *N Engl J Med.* 2016;375(15):1457-67.
100. Jones L.W, Liu Q, Armstrong G.T et al, Exercise and risk of major cardiovascular events in adult survivors of childhood Hodgkin lymphoma: a report from the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol.* 2014; 32:3643-3650
101. Brown S.A, Ray J.C, Herrmann J, Precision Cardio-Oncology: a Systems-Based Perspective on Cardiotoxicity of Tyrosine Kinase Inhibitors and Immune Checkpoint Inhibitors. *J Cardiovasc Transl Res.* 2020 Jun; 13(3):402-416
102. Mendoza N, Carrióna R, Mendoza-Huertasa L et al, Efficacy and Safety of Treatments to Improve Dyspareunia in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Breast Care* 2020; 15:599–607.
103. Rowland J.M, Meyerowitz B.E, Crespi C.M et al, Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat.* 2009 Nov; 118(1):99-111
104. Barton D.L, Sloan J.A, Shuster L.T et al, Evaluating the efficacy of vaginal dehydroepiandrosterone for vaginal symptoms in postmenopausal cancer survivors: NCCTG N10C1 (Alliance). *Support Care Cancer.* 2018 Feb; 26(2):643-650.
105. Hummel S.B, Van Lankveld J.J, Oldenburg H.S.A et al, Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2017 Apr 20; 35(12):1328-1340.
106. Lemke E.A, Madsen L.T, Dains J.E, Vaginal Testosterone for Management of Aromatase Inhibitor-Related Sexual Dysfunction: an Integrative Review. *Oncology Nursing Forum* May 2017 Vol. 44, n. 3.
107. Barton D.L, Wender D.B, Jeff A, Sloan J.A et al, Randomized Controlled Trial to Evaluate Transdermal Testosterone in Female Cancer Survivors With Decreased Libido; North Central Cancer Treatment Group Protocol N02C3. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 672-9.
108. Hwan K.Y, Park S, Lee M et al, Effect of a pH-Balanced Vaginal Gel on Dyspareunia and Sexual Function in Breast Cancer Survivors Who Were Premenopausal at Diagnosis. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology.* May 2017: Vol,129, n.5.
109. Hickey M, Marino J.L, Braat S et al, A randomized, double-blind, crossover trial comparing a silicone versus water-based lubricant for sexual discomfort after breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2016: 158:79–90.
110. Goetsch M.F, Lim J.Y, Caughey A.B, A Practical Solution for Dyspareunia in Breast Cancer Survivors: a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2015 Oct 20; 33(30):3394-400.
111. Athanasiou S, Pitsouni E, Douskos A et al, Intravaginal energy-based devices and sexual health of female cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Lasers Med Sci.* 2020 Feb; 35(1):1-11.
112. Greven K.M, Case L.D, Nycum L.R, Effect of ArginMax on sexual functioning and quality of life among female cancer survivors: results of the WFU CCOP Research Base Protocol 97106. *Community Support Oncol.* 2015 Mar;13(3):87-94.
113. Brennen R, Lin K.Y, Denehy L et al, The Effect of Pelvic Floor Muscle Interventions on Pelvic Floor Dysfunction After Gynecological Cancer Treatment: a Systematic Review. *Physical Therapy.* 2020 Vol, 100, n.8.
114. Schover L.R, Rhodes M.M, Baum G et al, Sisters Peer Counseling in Reproductive Issues After Treatment (SPIRIT): a peer counseling program to improve reproductive health among African American breast cancer survivors. *Cancer.* 2011 Nov 1; 117(21):4983-92.
115. Rowland J.H, Beth E, Meyerowitz B.E, Crespi C.M et al, Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat.* 2009 Nov; 118(1):99-111.
116. Brotto L.A; Erskine Y, Carey M et al, A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sex functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol.* 2012 May; 125(2): 320–325.
117. Kang H.S, Kim H.K, Park S.M, Kim J.H, Online-based interventions for sexual health among individuals with cancer: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018 Mar 7;18(1):167.
118. Jonsdottir J.I, Jonsdottir H, Klinke M, A systematic review of characteristics of couple-based intervention studies addressing sexuality following cancer. *J Adv Nurs.* 2018; 74:760.



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Publicato su *Frontiers in Pediatrics* studio italiano su attuazione auto-cura nei pazienti pediatrici con malattie croniche (21/06/2022)

È stato pubblicato su *Frontiers in Pediatrics* l'articolo: "Strumenti che misurano la cura di sé nei bambini e nei giovani adulti con condizioni croniche: una Revisione sistematica" di Valentina Biagioli, Giuseppina Spitaletta, Valeria Kania, Rachele Mascolo, Orsola Gawronski, Annachiara Liburdi, Giulia Manzi, Michele Salata, Ercole Vellone, Emanuela Tiozzo e Immacolata Dall'Oglio.

La Revisione sistematica, allo scopo di recuperare e descrivere la letteratura sugli strumenti che valutano la cura di sé nei bambini e giovani adulti di età compresa tra 0 e 24 anni (CYA) in condizioni croniche e le proprietà psicometriche degli strumenti recuperati per la cura di sé nei CYA in tali condizioni, ha esplorato gli studi con descrizione delle scale di auto-cura per i pazienti pediatrici con malattie croniche, visto che tali soggetti devono impegnarsi nella cura di sé per migliorare la qualità della vita.

Per farlo, ha analizzato 23 lavori scientifici che hanno descritto 11 strumenti di auto-cura per i CYA, intendendo fornire una panoramica degli strumenti disponibili che misurano la cura di sé nei CYA che gli operatori sanitari potrebbero utilizzare per l'educazione del paziente.

Nella popolazione pediatrica, le condizioni croniche più comuni sono: l'asma, la fibrosi cistica, il diabete mellito di tipo 1 e la malattia polmonare cronica.

Ciò richiede un processo di auto-cura o autogestione lungo tutto l'arco della vita per preservare e migliorare il benessere personale, mantenere una buona qualità di vita e ridurre i costi sanitari. La prevalenza delle malattie croniche a esordio pediatrico sta aumentando gradualmente in tutto il mondo, contribuendo sia alla morbilità che alla mortalità. Il numero di CYA che vivono con una condizione cronica è in crescita a causa dei tassi di sopravvivenza più elevati. In Italia, il 91,8% dei bambini di età compresa tra 0 e 14 anni gode di buona salute, il 9,6% ha una o più malattie croniche,

l'1,6% soffre di due o più malattie croniche.

I bambini con condizioni complesse devono affrontare molteplici transizioni tra fornitori e strutture di assistenza e quelli che richiedono supporto tecnologico e assistenza domiciliare sostengono costi ancora più elevati. Senza tacere che le condizioni croniche a lungo termine hanno un forte impatto sul benessere e richiedono una gestione continua per un periodo di anni o decenni.

La cura di sé e la qualità della vita, il disagio e la depressione sono correlati: una migliore auto-cura è associata a esiti positivi, come un controllo più adeguato della malattia, una maggiore sicurezza del paziente, una migliore qualità della vita e un migliore sviluppo personale. Ma anche gli aspetti psicologici possono essere considerati fattori di influenza: per esempio, se i CYA sono depressi, è più probabile che trascurino i comportamenti di cura di sé. D'altronde, i sistemi sanitari ammettono che la cura di sé ha un impatto positivo sulla riduzione delle malattie croniche e dei costi sanitari.

Tuttavia, la gestione delle malattie croniche richiede competenze professionali specializzate e strutture sanitarie adeguate. Le azioni sanitarie sono fornite da *caregiver* formali: gli operatori sanitari cooperano con il paziente e/o la famiglia e mantengono, se possibile, la responsabilità delle cure. Per questo, le malattie croniche durante l'infanzia hanno un forte impatto sociale. La valutazione della cura di sé nella popolazione pediatrica con malattie croniche può contribuire a migliorare le attività di cura di sé e ad affrontare eventuali carenze. Sarebbe utile indagare come gli operatori sanitari si concentrino su queste dimensioni della cura di sé, fornendo al contempo istruzione ai pazienti e alle loro famiglie.

Info, [doi: 10.3389/fped.2022.832453](https://doi.org/10.3389/fped.2022.832453)



Il *Journal of Nursing Management* pubblica protocollo di ricerca per valutare la relazione tra *leadership* infermieristica, benessere organizzativo e *outcomes*

È stato pubblicato sul *Journal of Nur-*



sing Management l'articolo: "Leadership infermieristica nella pratica clinica, efficacia e ripercussioni sugli esiti infermieristici: protocollo di studio" ("Nursing leadership in clinical practice, its efficacy and repercussion on nursing-sensitive outcomes: a cross-sectional multicentre protocol study") dei ricercatori italiani Jacopo Fiorini, Francesco Zaghini, Alice Mannocci e Alessandro Sili.

Lo scopo dello studio, sostenuto anche dal CECRI, è stato di descrivere un protocollo di ricerca per valutare la relazione tra *leadership* infermieristica, benessere organizzativo e risultati per operatori e pazienti.

Ciò, dimostrando che il ruolo organizzativo degli infermieri coordinatori ha ripercussioni dirette sul personale e sui pazienti. Ovvero che, se un'organizzazione sanitaria promuove il benessere degli infermieri, si ottengono prestazioni migliori e gli stessi sono più soddisfatti e coinvolti nel proprio lavoro, riducendo i livelli di stress, il *burnout* e l'assenteismo e migliorando, al contempo, la loro salute fisica e psicologica.

Lo studio, multicentrico, ha utilizzato un questionario di autovalutazione, somministrato agli infermieri coordinatori. I risultati, dunque, hanno verificato che uno stile di *leadership* corretto del caposala migliora il contesto organizzativo sperimentato dagli operatori della salute, nonché i risultati sensibili dell'assistenza infermieristica. Con tali conferme, i dirigenti sanitari potrebbero coltivare e stimolare la *leadership* dei Coordinatori infermieristici, aumentando così la stabilità organizzativa e *outcomes* migliori per i pazienti.

Info: www.wileyonlinelibrary.com/journal/jonm; DOI: 10.1111/jonm.13739



Dignità professionale nella sanità pubblica. Studio sugli infermieri finlandesi a firma anche italiana

Si inserisce nel filone dedicato all'etica della professione infermieristica l'articolo "Dignità professionale degli infermieri di sanità pubblica: uno studio basato sulle interviste in Finlandia" di: Alessandro Stievano, Mari Mynttinen, Gennaro Rocco, Mari Kangasniemi.

La dignità è un valore umano centrale, strettamente connessa all'identità professionale. In precedenti studi sulla pratica clinica, gli infermieri hanno sperimentato che la dignità accresceva il loro benessere lavorativo e l'orgoglio nella loro professione.

Questo studio mirava a descrivere la percezione della dignità professionale degli infermieri di sanità pubblica nelle cure primarie in Finlandia.

Per farlo, è stato utilizzato un approccio descrittivo-

qualitativo-induttivo, con interviste a *focus group* semi-strutturate. Alla ricerca hanno partecipato 27 infermieri di salute pubblica finlandesi, in contesti di assistenza sanitaria primaria.

Sulla base dei risultati ottenuti, gli infermieri di sanità pubblica hanno detto che la dignità professionale era parte del rispetto di sé, ovvero di un valore quotidiano osservato anche in base al riconoscimento delle loro competenze. Inoltre, la fiducia degli utenti dei servizi, concorreva nel creare una forte espressione di dignità professionale, anche se poteva essere evidenziata solo quando le persone, utilizzavano i loro servizi.

Inoltre, gli infermieri di sanità pubblica hanno sottolineato il fatto che la dignità professionale è espressione anche di diversi fattori interprofessionali e sociali intrecciati. Dunque, essa appare, contemporaneamente: un prerequisito essenziale e un risultato del lavoro degli infermieri.

Info: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35724426/>



Sul Journal of Clinical Nursing uno studio supportato dal CECRI

Sul Journal of Clinical Nursing è stato pubblicato lo studio, supportato dal CECRI, di Maria Matarese, Karen S. Lyons, Michela Piredda e Maria Grazia De Marinis, dal titolo: "Con-

oscenza correlata alla malattia nelle persone con broncopneumopatia cronica ostruttiva e nei loro *caregiver* informali: analisi di modellizzazione multilivello" che ha valutato il livello di conoscenza correlata alla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) all'interno delle diadi pazienti/*caregiver* informali, identificando i fattori che influenzano il livello di conoscenza e considerando l'interdipendenza all'interno delle diadi.

I pazienti con BPCO e i loro *caregiver* informali presentano una scarsa conoscenza della malattia e caratteristiche diverse associate al loro livello di conoscenza. Lo studio trasversale ha interessato un campione di convenienza di diadi, reclutato in strutture ambulatoriali e ospedaliere del centro e sud Italia.

Il Bristol COPD Knowledge Questionnaire è stato utilizzato per misurare la conoscenza della malattia.

Le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e assistenziali, l'autoefficacia e la depressione sono state misurate nei pazienti e nei *caregiver*. La modellazione multilivello è stata utilizzata per analizzare la conoscenza della BPCO a livello della diade e controllare l'interdipendenza tra pazienti e *caregiver* informali.

Allo scopo, sono state reclutate 133 diadi che hanno presentato livelli più elevati di corretta conoscenza sui sintomi della malattia, sulla cessazione del fumo e



sulla vaccinazione; meno sul trattamento della BPCO. I pazienti più giovani sono più autosufficienti durante la riabilitazione polmonare se sono stati assistiti da un coniuge/partner e hanno registrato livelli bassi di depressione (ciò anche perché i loro *caregiver* informali avevano maggiori probabilità di conoscere meglio la malattia). Questo studio mostra quali conoscenze infermieristiche si dovrebbero fornire nei programmi educativi rivolti a pazienti e *caregiver*, e quali diadi abbiano maggiori deficit di conoscenza, a cui si offrono interventi educativi mirati.

Lo studio in questione ha diverse implicazioni nella pratica clinica: in primo luogo, perché fornisce informazioni utili agli infermieri coinvolti nella pianificazione e attuazione di programmi educativi, ma pure per le informazioni sui regimi terapeutici più difficili da comprendere per entrambi i membri delle diadi.

Inoltre, dovrebbero considerare le caratteristiche delle diadi di cui si prendono cura per identificare quelle a più alto rischio di deficit di conoscenza. In base ai risultati di questo studio, gli interventi educativi mirati dovrebbero essere rivolti a diadi in cui i pazienti sono più anziani, non hanno mai frequentato un programma di riabilitazione polmonare, presentano una bassa autoefficacia e i *caregiver* non sono coniugi/partner e hanno sintomi depressivi.



In collaborazione con il JBI, uno studio dimostra che il personale sanitario può contribuire alla promozione del “senso di casa” negli anziani che vivono nelle RSA

Nell'ambito della collaborazione con il Joanna Briggs Italia, è stato pubblicato l'articolo dal titolo: “Esperienze del personale sanitario con la promozione del senso di casa per gli anziani che vivono in strutture di assistenza residenziale: una revisione sistematica qualitativa” di: Maria Matarese, Lucia Mauro, Ippolito Notarnicola, Alessandro Cinque, Sara Bonacci, Giuliana Covelli e Stefano Casciato.

L'obiettivo di questa Revisione è stato di valutare le esperienze del personale sanitario, con la promozione del senso di casa per gli anziani che vivono in strutture di assistenza residenziale.

Come si può immaginare, il trasferimento in una struttura residenziale rappresenta un momento critico per gli anziani visto che interrompe la continuità delle loro vite, allontanandoli da persone e oggetti significativi per loro. Il personale sanitario che lavora nelle strutture di assistenza residenziale può, però, contribuire a creare un “senso di casa”.

Questa Revisione ha incluso gli studi qualitativi che esplorano le esperienze del personale sanitario con la promozione del “senso di casa” per le persone di età pari o superiore a 65 anni che vivono in strutture di assistenza residenziale, comprese, a titolo esemplificativo: case di cura, case di cura residenziali, case di riposo e strutture infermieristiche qualificate.

Sono stati presi in considerazione studi pubblicati in inglese, italiano, francese, portoghese o spagnolo.

Alla fine, sono stati inclusi sette studi condotti in Canada, Stati Uniti, Regno Unito, Svezia o Paesi Bassi, tra il 2014 e il 2020.

Questi hanno riportato le esperienze di infermieri, assistenti infermieristici e direttori di strutture. Dall'aggregazione di 69 risultati, sono state generate 14 categorie, poi raggruppate in tre risultati sintetizzati che descrivono le esperienze del personale sanitario come segue: la promozione del “senso di casa” dei residenti nelle strutture residenziali è influenzata da: ambiente costruito, comprese stanze singole private con bagno, spazi domestici simili a quelli domestici, personalizzazione delle stanze dei residenti, design interno ed esterno familiare e ambienti non ospedalieri; le politiche e i regolamenti nazionali e locali, l'organizzazione del lavoro, nonché la leadership dei dirigenti e degli amministratori e la cultura della cura delle strutture, compresa la filosofia dell'assistenza, il mantenimento dell'autonomia dei residenti e dei legami con la comunità, la partecipazione alle attività domestiche e ricreative e le relazioni familiari.

In conclusione, dunque, è chiaro che, secondo il personale sanitario, l'ambiente fisico, gli aspetti interpersonali e sociali, i regolamenti, l'organizzazione del lavoro e la cultura assistenziale delle strutture possano contribuire a creare un “senso di casa” per gli anziani nelle strutture di assistenza residenziale.

Le prove derivate da questa Revisione, pertanto, possono aiutare il personale sanitario, i direttori delle strutture e i responsabili politici a identificare i cambiamenti da promuovere affinché gli ospiti delle strutture di cura si sentano quanto più a loro agio possibile.

Info, DOI: [10.11124/JBIES-21-00452](https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00452)



Ausilia Pulimeno nelle parole del professor Fara



Non si è ancora spenta l'eco della scomparsa di **Ausilia Pulimeno**, già direttore del Polo per l'Istruzione del CECRI. Continuano ad arrivare messaggi di cordoglio e testimonianze di stima.

Sulla rivista "Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità" della Società Editrice Universo-Roma, infatti, sul fascicolo 5 (vol. 34, 2022), nella sezione "Public Health Lives", di recente è stato pubblicato un ricordo a firma del professor **Gaetano M. Fara**, dal titolo: "Celebrating Public Health Lives: Ausilia Maria Lucia (Lia) Pulimeno, to whom the Nursing and the Healthcare Worlds owe a lot".

"Annali di Igiene", *peer reviewed, open access*, ospita contributi scientifici dal mondo sanitario, italiano e straniero.

L'articolo in questione è identificato dal doi 10.7416/ai.2022.2537 ed è liberamente scaricabile sia dal sito di Ann Ig (<https://www.annali-igiene.it/articoli/2022/5/10-Obituary-Pulimeno.pdf>) che da PubMed. Redatto in inglese, ecco la traduzione di alcune sue parti: "Questa rivista, che ha ospitato spesso articoli scientifici redatti da infermieri in diversi campi della Sanità pubblica, è stata profondamente rattristata dall'improvvisa scomparsa di Ausilia Maria Lucia (Lia) Pulimeno, che ha collaborato per molti anni con la nostra Redazione... Nel 2010, è stata tra i fondatori del CECRI, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca in Infermieristica dell'OPI di Roma, e anche membro del Consiglio del Collegio IPASVI di Roma (il più grande d'Italia), del quale, poi, ha ricoperto il ruolo di Presidente per due mandati.

Collegio, Ordine e CECRI hanno contribuito e contribuiscono molto alla crescita della Professione infermieristica nel nostro Paese, sotto i diversi aspetti dell'assistenza, della ricerca, dell'insegnamento e del management. A differenza della storia dell'Infermieristica che, in Italia, risale al XIX secolo, la formazione infermieristica all'università è una conquista piuttosto recente... Lia Pulimeno, Presidente del più grande Ordine delle Professioni Infermieristiche del Paese, in questi anni difficili... è stata tra i protagonisti indiscussi... La nostra collaborazione, andata avanti e approfondita anno dopo anno, è stata drammaticamente interrotta dalla morte: solo il ricordo di quanto fatto assieme può mitigare il dolore della scomparsa e spingerci a continuare a lavorare di più".

Info: www.annali-igiene.it

In Breve

Rocco, Direttore scientifico CECRI primo infermiere italiano nella Hall of Fame di Sigma Nursing

Gennaro Rocco, fondatore e attuale Direttore scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'OPI di Roma, è il primo infermiere italiano a entrare nella *Hall of Fame di Sigma Nursing*. A luglio scorso, infatti, nell'ambito del 33° Congresso internazionale di ricerca infermieristica di Edimburgo, ha ricevuto il prestigioso riconoscimento "*International Nurse Researcher Hall of Fame 2022*" da parte di Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing (presieduta da **Kenneth Dion**) per: "*l'impatto significativo che la sua opera e la sua ricerca ha dato alla professione infermieristica in Italia e nel mondo*".

Gennaro Rocco è membro di Alpha Alpha Beta, il primo Chapter italiano di Sigma, fondato dalla professoressa **Loredana Sasso**, che ne è anche l'attuale presidente.

Con questo premio si promuove la leadership degli infermieri e la divulgazione dell'eccellenza e dell'impegno dell'Infermieristica italiana nel mondo.





Alessandro Stievano nominato “Scholar” per la Società Infermieristica Transculturale (TCNS)

Nel giugno 2022, il ricercatore italiano **Alessandro Stievano** (PhD, RN, FAAN, Coordinatore di ricerca CECRI dell'OPI di Roma) ha ricevuto una lettera di *endorsement* da parte del Comitato di selezione degli studiosi di Infermieristica transculturale

(precisamente dall'*Transcultural Nursing Society-TCNS*), che lo informava di essere stato nominato tra i vincitori mondiali della *scholarship* in quel campo.

Il suo curriculum nel campo transculturale dimostra l'impegno da sempre profuso in questa branca dell'Infermieristica da parte dell'asso-

ciazione di cui è attualmente Presidente (l'Associazione Infermieristica Transculturale-AIT).

Il 48esimo Congresso internazionale si svolgerà a Louisville (USA), dal 2 al 5 novembre 2022, e avrà come tema: “La cura nella cultura trasformativa”.

La pandemia da COVID-19, il cambiamento climatico in rapida accelerazione e i disordini civili hanno portato a sfide sanitarie globali.

La conferenza TCNS esplorerà queste sfide e identificherà le strategie per affrontarle. Si discuterà di quelle per sostenere il cambiamento sociale e per promuovere un'assistenza culturalmente competente. E anche di come applicare le teorie infermieristiche transculturali alla ricerca, nell'istruzione, nella pratica e nell'amministrazione.

Si identificherà, inoltre, la ricerca transculturale per affrontare le sfide della salute dei migranti, le questioni di genere e la salute delle donne. Insomma, l'evento offrirà un'opportunità unica per fare “rete” con altri infermieri del settore, provenienti da culture differenti. Per questo motivo, i partecipanti condivideranno esperienze diverse e uniche.

Discutendo di tali questioni e interagendo con professionisti sanitari del campo dell'assistenza infermieristica transculturale, si svilupperà una migliore comprensione del proprio ruolo nell'assistenza sanitaria, culturalmente competente, congrua ed equa.

La *mission* della TCNS è aumentare la qualità delle cure in ambito culturale per migliorare il benessere di tutti.

Info e collegamento diretto al sistema di iscrizione online, www.tcns.org; <https://tcns.org/membership/> <https://secureservercdn.net/198.71.233.213/h4v.6bb.myftupload.com/wp-content/uploads/2022/09/TransculturalNrsrgRegistrationLouisvilleKY2022G1.pdf>



In Breve

L'infermiera Lorena Martini Segretaria Commissione Nazionale ECM

Lorena Martini, direttore della Uoc formazione ECM in Agenas, collega iscritta all'OPI di Roma, è la prima infermiera italiana nominata Segretaria della Commissione Nazionale ECM. “In questo nuovo compito profonderò il massimo delle mie energie - ha detto -. Ne sono molto orgogliosa e credo lo sia l'intera professione. Affronterò il mandato con un grande senso di responsabilità, perché il triennio formativo del 2023 sarà uno dei più delicati per gli operatori sanitari, visto che, su formazione e aggiornamento, si gioca una partita fondamentale a garanzia della qualità delle prestazioni erogate a pazienti e cittadini”.



Crediti ECM Rispettare l'obbligo formativo entro il 31 dicembre 2022

I professionisti infermieri sono chiamati a rispettare gli obblighi di acquisizione dei crediti formativi ECM, per gli anni 2020-2022, entro il 31 dicembre 2022.

I 150 crediti dovuti nel triennio (al netto di eventuali esenzioni, come quelle subentrate alla pandemia da COVID-19, con la legge 41/2020) potranno essere regolarizzati anche grazie a una serie di opportunità gratuite offerte dalla Federazione nazionale che mette a disposizione diversi corsi FAD (visualizzabili e raggiungibili dal link: <https://www.fnopi.it/formazione-continua/offerta-formativa-fad/>).

Dal canto suo, per agevolare il raggiungimento dei crediti formativi da parte dei propri iscritti, l'Ordine di Roma ha deliberato una serie di tre corsi ECM "itineranti", che toccheranno le principali Aziende sanitarie ed ospedaliere della provincia, nell'ultimo trimestre 2022.

Per promuovere la cultura infermieristica e discutere dell'importanza della formazione continua, ad esempio, è stato pensato **"La formazione continua per la sicurezza delle cure in ambito sanitario. Dal sistema ECM alle evoluzioni normative per il professionista"**: principi deontologici e normativi del sistema, diritti, doveri e ricadute legali sul professionista infermiere dettate dall'attuale legislazione.

Ai colleghi che vogliono sviluppare un livello culturale scientifico, adeguato a un evento avverso in un processo assistenziale e organizzativo, invece, è dedicato: **"Dalla cultura della sicurezza alla gestione del rischio clinico: dall'errore umano alle organizzazioni che apprendono"**. Gli infermieri,

così, si potranno formare su un linguaggio e una terminologia del *Risk Management* e dell'approccio all'errore indipendente dal loro *setting* assistenziale, visto che il problema della sicurezza dei pazienti rientra nell'ambito delle competenze del "sistema qualità" ed è strettamente connesso alla problematica più generale della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie: l'analisi delle cause degli errori è alla base della realizzazione del governo clinico. **"Relazione-responsabilità-ricerca. Il ruolo della professione infermieristica"**, infine, sarà utile per far conoscere i principi deontologici e normativi del sistema ECM e per discutere la necessità di una formazione sempre all'altezza delle situazioni assistenziali che si presentano.

Il programma dettagliato è disponibile sul sito www.opi.roma.it

Resta inteso che, attraverso lo SPID/CIE, ogni professionista infermiere potrà visualizzare la propria posizione dal sito CoGeAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), cliccando all'indirizzo: <https://application.cogeaps.it>

Inoltre, la FNOPI, per incentivare la formazione infermieristica, ha realizzato anche il progetto "Dossier formativo di Gruppo" che consente agli iscritti di ottenere subito 30 crediti ECM per il triennio 2020-2022, e che ha, come obiettivo, quello di realizzare le politiche professionali capaci di sensibilizzare infermieri e infermieri pediatrici a considerare il sistema ECM, oltre che un obbligo giuridico e deontologico, anche un'occasione di crescita professionale.

Per ciascun triennio, ognuno potrà essere titolare di un proprio Dossier Formativo Individuale (DFI) e, al contempo, essere componente di uno o più Dossier Formativi di Gruppo (DFG): il bonus previsto (cioè, la riduzione dell'obbligo formativo) verrà attribuito una sola volta, al verificarsi del soddisfacimento del primo Dossier.

Informazioni più approfondite ai link: **"Dossier formativo di gruppo": ECM coordinata a livello nazionale e 30 crediti per il 2020-2022 (fnopi.it)** e: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ECM/Guida_utente_df_individ.pdf (con la guida Agenas-CoGeAPS per il dossier formativo individuale) e: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ECM/Guida_utente_df_gruppo.pdf (con la guida Agenas-CoGeAPS per quello formativo di gruppo).

Quantità non avranno raggiunto il numero di crediti ECM previsto dalla legge dovranno rendere conto del mancato rispetto dell'obbligo formativo secondo quanto previsto dalla normativa vigente (per approfondire, si rimanda alla rubrica Pillole Legali).

Costituita una Commissione paritetica di OPI Roma e dell'OMCeO della Capitale

“**N**oi facciamo e siamo la Sanità. Altro che retorica sugli eroi: la politica ci ascolti per un futuro più efficiente e proattivo per le professioni sanitarie!”, così i presidenti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Capitale il 20 settembre 2022, quando gli Esecutivi di OPI e OMCeO di Roma si sono riuniti per l'elaborazione di una piattaforma programmatica comune da presentare alle autorità politiche. “Abbiamo ritenuto opportuno riunirci per cominciare ad affrontare insieme le problematiche in comune che ci interessano. Medici e infermieri, ognuno per le proprie competenze, danno assistenza ai cittadini per quanto

concerne la sanità, sia pubblica che privata ed è per questo, che, proprio nella nostra sinergia è la chiave per una risposta sanitaria sul territorio”, così il presidente dell'Ordine degli Infermieri di Roma, **Maurizio Zega**, e il Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, **Antonio Magi**. “Bisognerà realizzare i filtri necessari per fare arrivare ai medici solo i casi clinici e agli ospedali solo gli acuti: questa è la lezione che ci ha impartito la pandemia e in questa direzione vanno anche gli interventi previsti dal PNRR, che si tratta di realizzare adesso concretamente”.

Per farlo, però, bisognerà chiedere alle forze politiche e alle istituzioni, a partire dalla Regione Lazio, di essere ascoltati come validi interlocutori. Per passare davvero ad una sanità proattiva, che non aspetta il paziente ma previene e accompagna il cittadino da subito, specie ora che la popolazione del nostro Paese è sempre più anziana.

“Purtroppo - continuano Zega e Magi - abbiamo constatato, non senza preoccupazione, la quasi totale assenza di temi come questi nella campagna elettorale appena trascorsa, ma quali professionisti della salute siamo ben consapevoli che, COVID-19 o no, la situazione impone profonde riforme al sistema sanitario e noi non chiediamo altro che la possibilità di dare il nostro contributo. Anche a tale fine, perciò, abbiamo dato vita ad una Commissione di lavoro che elaborerà una piattaforma condivisa da presentare alle autorità regionali e alle forze politiche”.



I presidenti OPI e OMCeO Roma, Zega e Magi

Taglio ufficiale del nastro e benedizione della nuova sede in viale degli Ammiragli



La nuova casa degli infermieri romani, da giovedì 13 ottobre, può dirsi anche “battezzata”, grazie a Monsignor **Paolo Ricciardi**, Vescovo ausiliare della Diocesi di Roma per la Pastorale della Salute.

In verità, la storica sede dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma in viale Giulio Cesare ha già chiuso i battenti da qualche mese, a vantaggio di questa più grande e moderna in viale degli Ammiragli 67.

Sono oltre 600 i metri quadrati attuali, “contro” i 440 di viale Giulio Cesare: un importante incremento di cubatura, a fronte di un cospicuo risparmio sul contratto di locazione (con un canone di affitto più basso, invariato per i prossimi 12 anni). La sede è facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici (in metro, fermate: Cipro e Valle Aurelia) e con la garanzia dei servizi di sempre. Anzi, grazie agli interni assai più ampi, le attività dell’OPI capitolino saranno incrementate, affinché tutti gli iscritti possano avere a disposizione un ventaglio sempre più ampio di *facilities* e di iniziative formative.

Invariati gli indirizzi web e di Pec, e i giorni e gli orari di apertura (lunedì-venerdì: 8.30/12.30 e lunedì e giovedì anche 14.30-17), ma, ora, ad esempio, c’è una sala formazione da 50 posti, con proiettore e schermo gigante e una nuova *reception*, con un moderno sistema a *display* per gestire l’utenza in attesa.

L’aula nella quale si svolgono - e si svolgeranno - le riunioni del Consiglio Direttivo dell’Ordine è stata intitolata alla ex presidente **Ausilia** (Lia) **Pulimeno**, scomparsa di recente, e il cui ruolo, alla guida dell’OPI di Roma, ha portato lustro e benefici all’intera Professione negli ultimi anni.

In Breve

Premio “Terra e Pace” all’Ordine di Roma

Venerdì 5 agosto, in piazza del Pantheon, in occasione del 77° anniversario della tragedia di Hiroshima, il Comitato “Terra e Pace” ha conferito l’omonimo Premio agli infermieri di Roma.

Da 19 anni, infatti, il Comitato, nell’onorare la memoria delle vittime del 6 agosto 1945 in Giappone, gratifica chi si adopera per il bene dell’umanità. Fra le motivazioni della scelta di quest’anno c’è: “*la necessità di ringraziare coloro che sono da sempre più vicini ai deboli e ai sofferenti*”.

Per il 2022, il Premio “Terra e Pace” (un fossile di tre milioni di anni, simbolo della nascita della vita sul Pianeta) è stato consegnato dal padrone di casa, **Athos De Luca**, a **Maurizio Zega**, presidente dell’OPI di Roma. “Siamo onorati di un riconoscimento che arriva proprio mentre la guerra si è riaffacciata in Europa e qualcuno evoca anche l’incubo del nucleare - ha detto -. Esso attesta la quotidiana battaglia per la vita in cui consiste la nostra Professione: nessuno, più dell’infermiere, lotta così da vicino contro la morte. Noi infermieri siamo politicamente neutrali e favoriamo una sola logica: quella della vita!”.

L’evento (che è un progetto ecumenico di Sant’Egidio, Chiesa Valdese e Federazione delle Chiese Evangeliche) gode del patrocinio del ministero degli Esteri, della Presidenza della Repubblica, dei presidenti di Camera e Senato, di Roma Capitale e della Regione Lazio. Presenti al Pantheon: la Fanfara dei Carabinieri, il sindaco di Roma, **Gualtieri**, il ministro **Tsukasa**, dell’Ambasciata del Giappone.

Ospiti, il balletto di Roma di **Paola Jorio** e la cantante nipponica **Eiko Misumi**.





dalla FNOPI

La Federazione scrive al nuovo Parlamento per la Professione e la salute dei cittadini

Con le elezioni, non scompaiono le emergenze da affrontare in ambito sanitario.

Anzi, alcune modifiche normative al Servizio Sanitario Nazionale sono più che mai inderogabili.

Per questo, sin dalla scorsa estate, gli oltre 460 mila infermieri iscritti all'Albo, rappresentati dalla FNOPI, hanno chiesto alla politica scelte precise, di assicurare un cambio di passo indispensabile (soprattutto a fronte del momento storico) e la possibilità di garantire a pazienti e cittadini adeguate risposte ai mutati bisogni di assistenza e salute. **“Gli infermieri sono pochi rispetto al fabbisogno e la Professione è sempre meno attrattiva”**. Questo l'allarme della Federazione nazionale che ha identificato tre priorità inderogabili: incremento della base contrattuale e riconoscimento economico dell'esclusività delle professioni infermieristiche; riconoscimento delle competenze specialistiche; evoluzione del percorso formativo universitario.

I posti messi a bando negli Atenei, spesso non sono saturati: il numero di infermieri richiesti sul territorio non risponde ai numeri di cui l'Italia dispone, anche rispetto ai rapporti previsti dalle analisi internazionali (OMS, OCSE, ecc.), e di questa situazione, le cause vanno ricercate anche nel mancato riconoscimento economico della Professione e nell'assenza di prospettive di carriera.

A sintetizzarle, le nuove necessità normative per un cambio di rotta sono raggruppabili in tre blocchi. Il primo deve prevedere la valorizzazione della voce contrattuale definita come **indennità di specificità infermieristica** (voce stipendiale istituita dalla legge di Bilancio 2021 e già individuata contrattualmente), da incrementare di almeno il 30%: oggi, gli infermieri italiani sono al 25° posto come media annuale tra i paesi OCSE.

Essenziale è anche il **riconoscimento economico dell'esclusività** per gli infermieri che lavorano in ambito clinico e con ruolo di dirigenza manageriale nei servizi organizzativi nelle strutture pubbliche e private convenzionate, superando i vincoli dell'attuale legge sul Pubblico impiego, che risale ormai a 21 anni fa, o, in alternativa, consentendo l'esercizio della libera professione extramoenia.

Il secondo deve **prevedere l'inserimento nei Lea della branca specialistica assistenziale** per dare uniformità di prestazioni a livello regionale e nazionale, con l'istituzione delle competenze specialistiche che già esistono, ma che non sono ufficialmente riconosciute agli infermieri (es. *Wound Care*, stomaterapia, educazione sanitaria, ecc.). Sarebbe opportuno autorizzare la possibilità di prescrivere alcune categorie di farmaci e ausili/presidi, come strumento per applicare le competenze specialistiche, come già accade in diversi Paesi Ue. Questo rappresenta un vuoto normativo che rende anche difficile la libera circolazione omogenea dei professionisti in Europa secondo la direttiva 2013/55/UE. Inoltre, per le competenze specialistiche è urgente il riconoscimento formativo, organizzativo, contrattuale e di carriera dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Il terzo blocco riguarda la **valorizzazione della formazione infermieristica negli Atenei**, con l'istituzione di Lauree Magistrali a indirizzo clinico e Scuole di specializzazione, legando i posti del Corso di Laurea e di quelle specialistiche al fabbisogno del sistema salute.

Pertanto, è necessario prevedere il finanziamento della docenza universitaria e aumentare il numero dei professori infermieri.





dalla FNOPI

Infermieri di Polizia equiparati ai colleghi della Sanità pubblica e privata

Con il Decreto del ministro dell'Interno del 21 luglio scorso, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del personale del Ministero il 22 agosto 2022, gli infermieri della Polizia di Stato sono equiparati ai colleghi del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò ora, anche per loro, vale il profilo professionale del 1994 che non era operativo (mentre ancora vigeva un mansionario del 1985, che la nuova norma abroga esplicitamente).

Il Decreto riporta i contenuti del profilo professionale dell'infermiere, anzitutto: *"responsabile dell'assistenza generale infermieristica, operando nelle strutture dell'Amministrazione della pubblica sicurezza, nelle attività di prevenzione e di controllo, di primo soccorso e di trasporto dell'infermo, conformemente alle direttive di massima ricevute, con l'utilizzo di mezzi e strumenti anche complessi"*.

Il Decreto, oltre all'applicazione delle altre previsioni del profilo professionale, fa riferimento anche al Codice Deontologico della Professione, assegnando all'infermiere responsabilità nelle sale mediche, prevedendo la sua collaborazione all'attività delle commissioni mediche di selezione e di quelle per la verifica della permanenza dei requisiti psico-fisici di idoneità per il personale in servizio della Polizia di Stato e di altre amministrazioni dello Stato, nell'ambito delle specifiche competenze

professionali e, tra l'altro, la sua partecipazione anche: *"ai servizi operativi quali quelli di soccorso, ordine e sicurezza pubblica, di prevenzione e contrasto di condotte illegali o illecite, svolti anche in collaborazione con altri settori dell'Amministrazione e garantisce l'assistenza sanitaria nelle attività addestrative/esercitative del personale"*.

La FNOPI ha espresso la massima soddisfazione per il raggiungimento di questo traguardo, a cui ha contribuito anche la Commissione tecnica costituita a livello ministeriale: "Ringraziamo il Ministro dell'Interno e la Commissione tecnica che hanno portato a tale risultato. Con il riconoscimento del profilo professionale anche per gli infermieri della Polizia di Stato si rappresenta la giusta e indispensabile equiparazione a livello di competenze e responsabilità con gli altri colleghi che operano nella sanità pubblica e privata".

Gli infermieri della Polizia di Stato, infatti, non sono solo ufficiali di polizia giudiziaria, ma professionisti di Sanità Pubblica nell'area della prevenzione, negli interventi per il miglioramento continuo della qualità sul luogo di lavoro, nel contribuire alla promozione della salute attraverso l'educazione alla salute, la prevenzione e la diagnosi precoce, in area critica, formatori per quanto riguarda le materie di primo soccorso, igiene, Medicina del lavoro che devono necessariamente essere bagaglio di ogni operatore di polizia. Insomma, infermieri a tutti gli effetti. "Il Decreto rappresenta un ulteriore traguardo per la Professione della Polizia di Stato - ha commentato **Maurizio Bellini**, Ispettore Tecnico Infermiere della Polizia di Stato, Componente Esperto del Tavolo Tecnico in seno alla FNOPI per il Terzo Settore -. Abolisce l'anacronistico 'mansionario' e dona alla figura infermieristica un profilo moderno e adeguato al contesto ed alla funzione".

Il testo completo del decreto è reperibile al link: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/08/Decreto-Ministro-Interno-21-luglio-2022.-Determinazione-mansioni-personale-ruoli-tecnici.-Bollettino-ufficiale.pdf>

In Breve

La Federazione elogia Maurizio Bellini

Con una lettera d'encomio indirizzata al Capo della Polizia, il Prefetto **Lamberto Giannini**, la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, ha voluto ringraziare pubblicamente l'Ispettore Tecnico Infermiere della Polizia di Stato **Maurizio Bellini** per: *"la collaborazione, il sostegno, l'impegno e l'encomiabile professionalità nel seguire, negli anni, con dedizione e competenza la vertenza (i.e. quella che equipara gli infermieri della Polizia di Stato ai colleghi del SSN) dagli esiti non scontati per la nostra componente professionale"*.

Nello scritto si sottolinea quanto l'Ispettore Bellini, iscritto all'OPI di Roma, abbia saputo portare all'attenzione degli interlocutori la delicata situazione dei colleghi della Polizia di Stato, che vedeva in sofferenza a confronto con altre realtà lavorative, essendo gli unici infermieri ad avere ancora un mansionario, quindi gli unici a non avere ancora un profilo lavorativo al passo con i tempi e gli unici a cui non era richiesta la necessità di essere iscritti all'Albo professionale.



Tavolo comunale per la Salute Ora un'analoga iniziativa dalla Regione

Il Comune di Roma ha condiviso con i vertici dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma la notizia di istituire il "Tavolo Permanente per la Salute" per realizzare una rete tra tutti gli organismi che si occupano di tutela della salute e che, di esso, facciano parte i rappresentanti istituzionali delle professioni sanitarie.

Istituito con un'ordinanza sindacale, il "Tavolo Permanente per la Salute" del Comune di Roma è un'iniziativa mirata alla realizzazione di una rete tra gli organismi che si occupano di tutela della salute, per mettere in campo tutti gli interventi strategici capaci di diffondere una rinnovata "Cultura della salute" nell'area della città metropolitana.

In attuazione di quanto stabilito alla voce "Roma capitale di una salute diffusa" delle linee programmatiche approvate dall'Assemblea Capitolina (deliberazione 106/2021), il tavolo verrà realizzato grazie ai fondi disponibili dal PNRR per migliorare cura e

assistenza, sfruttare le nuove tecnologie e portare i servizi più vicino alle persone.

"Durante la campagna elettorale dello scorso autunno - ha commentato il presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega** - l'OPI aveva parlato proprio di questo con i diversi candidati alla carica di sindaco. Ora si auspica una analoga iniziativa anche a livello regionale, anche se, purtroppo, è da tempo che da lì non giungono notizie in tal senso. Ci auguriamo che il 'Tavolo' incida presto ed efficacemente sui diversi problemi della sanità romana: di sicuro non mancherà il contributo della nostra fondamentale esperienza".

Si tratterà di interventi strategici che contribuiranno a: integrare le innovazioni del succitato PNRR, con l'interesse dei cittadini a mantenere un alto livello di qualità della vita in termini di salute; individuare i relativi bisogni; selezionare e definire le priorità per la programmazione di interventi anche con altre istituzioni; progettare interventi sperimentali e strumenti operativi, di ricerca e sensibilizzazione; promuovere piani per la realizzazione di interventi specifici; diffondere le iniziative intraprese.

Del "Tavolo" faranno parte: il Sindaco, l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio, l'Assessore alle Politiche Sociali e alla Salute di Roma Capitale, il Vice Direttore Generale ai Servizi alla Persona e Salute di Roma Capitale, i delegati del Sindaco per le Conferenze Socio-Sanitarie presso le ASL Roma 1, 2 e 3, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, il Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti, il Presidente dell'Ordine degli Psicologi. Inoltre, in base alle neces-

sità, è prevista la partecipazione di altri professionisti con competenze specifiche.

In questo modo, attraverso il lavoro del Tavolo, Roma potrà distinguersi per la capillarità dell'assistenza domiciliare, di prossimità e della telemedicina, dando pieno sostegno al rafforzamento del ruolo della Città eterna come Capitale del biomedicale, favorendo la sua candidatura quale sede della HERA (*Health Emergency Response Authority*), la nuova Autorità prevista dalla Commissione Europea per la risposta alle emergenze sanitarie.





“Spiagge serene” Un progetto di educazione sanitaria nella Asl Roma 6

Dott.ssa

Cinzia Sandroni

Dott.

Marco Boldrini

Dott.ssa

Paola Capoleva

Dott.

Claudio Federici

Dott.ssa

Nadia Lolli

Dott.ssa

Letizia Mallia

Dott.ssa

Maria Rita Molinari

Dott.

Alberto Pisciotтана

Dott.ssa

Cynthia Vercelloni

Gli interventi di educazione sanitaria a corretti stili di vita e le informazioni per fronteggiare situazioni di emergenza/ urgenza si integrano con i concetti di Medicina di iniziativa e prossimità, visto che, per raggiungere gli obiettivi, è importante pianificare eventi tra gruppi di popolazione nei momenti di aggregazione, durante i quali i contenuti trasmessi trovano immediato riscontro applicativo.

Il progetto **“Spiagge Serene”** è stato ideato per promuovere l'Educazione Sanitaria per prevenire e intervenire in situazioni spiacevoli e talvolta pericolose per la salute che possono verificarsi durante il soggiorno nelle spiagge marine e lacustri. A tal fine, infatti, sono stati organizzati interventi direttamente negli stabilimenti balneari e lacustri che insistono nel territorio della Asl Roma 6 e che hanno aderito all'iniziativa.

Durante l'evento in spiaggia, il gruppo di operatori sanitari e gli studenti dei Corsi di Laurea hanno distribuito il materiale informativo ed invitato i bagnanti a recarsi alla dimostrazione sulle tecniche di rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle prime vie aeree.

La dimostrazione è stata effettuata da Infermieri Istruttori BLS/D aziende, che, al termine, hanno offerto ai bagnanti la possibilità di esercitarsi su un manichino.

INTRODUZIONE

La Asl Roma 6 comprende tutta la porzione sud della provincia di Roma, si estende su una superficie di oltre 700 chilometri quadrati e una parte del territorio è dislocato sul litorale laziale, nella porzione compresa tra i Comuni di Torvaianica, Anzio e Nettuno (senza contare la presenza di due bacini lacustri: il lago di Castel Gandolfo ed il lago di Nemi). Nelle località balneari e lacustri, d'estate, la popolazione aumenta in modo esponenziale per via dei flussi turistici, raggiungendo spesso il doppio o il triplo del normale numero dei residenti. Il soggiorno in spiaggia di famiglie, giovani e anziani rappresenta un momento di spensieratezza utile al rilassamento e al recupero fisico e psichico facilitato dai benefici del

sole, dal clima e da una adeguata attività fisica. Tuttavia, questo momento di relax può essere compromesso da piccoli incidenti (punture di insetti, di tracina o contatto con medusa, o da disturbi correlati alla disidratazione e colpi di calore) che possono compromettere la vacanza. Inoltre, le notizie di cronaca riportano spesso imprevisti o eventi inattesi che possono portare a conseguenze gravissime e pericolose per la salute non solo durante il soggiorno in spiaggia, ma anche durante la quotidianità. Il personale del Dipartimento delle Professioni Sanitarie - assieme alla Uoc Formazione e Comunicazione, Corsi di Laurea in Infermieristica -, considerando l'importanza dell'educazione sanitaria e dell'informazione rispetto a una serie d'incidenti tipici del *mood* vacanziero e delle elevate temperature estive, perciò, ha elaborato il progetto **“Spiagge Serene”**, portando le iniziative educative direttamente in spiaggia, tra i bagnanti.

L'equipe multidisciplinare presente in spiaggia è stata costituita da: infermieri, dietisti, tecnici della riabilitazione, tecnici della prevenzione, assistenti sociali e studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, in convenzione con le Università: La Sapienza, Tor Vergata e Unicamillus.

Nel gruppo sono stati inseriti Istruttori BLS/D, per fornire nozioni di primo soccorso, con simulazioni su manichini, in merito alle manovre di disostruzione nelle diverse fasce di età, nonché per la rianimazione cardio-polmonare e l'uso del Defibrillatore semi-automatico.

L'equipe, presente sulle spiagge del litorale e ai laghi, ha svolto, tra i bagnanti, attività di presentazione dei vantaggi e dei rischi del soggiorno in spiaggia, consegnando opuscoli informativi con illustrazione delle tematiche indicate e invitandoli a recarsi presso la postazione dove erano presenti gli istruttori BLS/D.

Gli istruttori, che hanno curato la presentazione delle manovre di primo soccorso e disostruzione delle prime vie aeree, al termine della presentazione hanno consentito ai presenti di esercitarsi su un manichino e consegnato un opuscolo con l'algoritmo della rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle vie aeree.

Le presenze in spiaggia sono state pianificate sia nei giorni infrasettimanali che durante i weekend, dalla fine del mese di luglio all'inizio di settembre, prevalentemente nella fascia oraria 8-13.

OBIETTIVO

L'obiettivo del progetto è stato quello di fornire, al maggior numero possibile di persone, indicazioni su comportamenti giusti da tenere in caso di piccoli inconvenienti in spiaggia; fornire informazioni su corretti stili di vita e consigliare semplici azioni da eseguire per la gestione immediata di situazioni di pericolo per la salute (replicabili in ogni contesto di vita), nell'ottica di non



“aspettare” il cittadino in un ambiente “sanitario”, ma prendendo l’ “iniziativa” e recandosi sul luogo a fornire piccoli “consigli” per la gestione della salute.

METODO

Il progetto è stato elaborato dal gruppo di lavoro e presentato alla Direzione strategica aziendale completo degli opuscoli da distribuire ai bagnanti.

Acquisita l’approvazione, come da cronoprogramma, il gruppo ha provveduto a:

- definire la composizione dei gruppi multidisciplinari minimi impegnati nelle singole giornate di presenza in spiaggia;
- richiedere la stampa a colori degli opuscoli informativi;
- richiedere le T-shirt bianche personalizzate con il logo della Asl e il titolo del progetto, da utilizzare durante il servizio in spiaggia;
- definire la calendarizzazione degli eventi e comunicazione ufficiale ai Comuni coinvolti nel progetto;
- individuare le spiagge sede di intervento progettuale ed acquisizione di disponibilità degli stabilimenti;
- acquisire la disponibilità degli operatori sanitari a partecipare alle singole giornate di educazione sanitaria in spiaggia;
- costituire l’équipe sulla base delle disponibilità fornite e comunicazione dei turni di presenza presso gli arenili ai singoli operatori e sovraordinati;
- divulgare l’iniziativa, il calendario e la sede degli eventi, sulla *Homepage* aziendale e sui *Social Network*.

Al fine di poter intervenire su eventuali emergenze, è stato predisposto uno zaino dedicato, allestito con quanto necessario e che accompagnava l’equipe itinerante nelle spiagge.

Nel progetto è stato coinvolto anche il servizio Logistica aziendale, che, puntualmente, ha provveduto ad effettuare il sopralluogo della spiaggia, per verificare gli spazi e la possibilità di posizionare il gazebo, provvedendo poi, secondo il calendario, al trasporto dei materiali necessari e all’allestimento degli spazi.

CONCLUSIONI

Il progetto “Spiagge Serene”, iniziato il 30 luglio 2022, si è concluso il 3 settembre scorso.

In questo arco temporale sono stati svolti 14 eventi in spiaggia, di cui 11 sul litorale marino e 3 sul litorale lacustre. Il primo evento è stato organizzato alla Riviera Mallozzi di Anzio, spiaggia in concessione alla Asl Roma 6, che ospita persone disabili in carico ai servizi territoriali della Asl, dove operatori sanitari dedicati offrono supporto durante la permanenza in spiaggia.

Durante un evento (stante la presenza presso lo stabilimento di addestratori di cani da salvataggio in acqua) è stata effettuata una dimostrazione congiunta, che ha visto gli istruttori BLS/D del progetto effettuare manovre

di rianimazione cardio-polmonare su persona dopo recupero in mare effettuato dal cane di salvataggio.

Con i 14 eventi sono state distribuiti 5000 opuscoli riportanti le informazioni sul trattamento di punture di insetti o di animali marini e altrettanti consigli sulla corretta alimentazione nei periodi caldi, sulla prevenzione della disidratazione e l’attività fisica in spiaggia.

Inoltre, sono stati consegnati duemila opuscoli dell’algoritmo sulla rianimazione cardiopolmonare e la disostruzione delle prime vie aeree.

Per ogni occasione, nella mattinata ad orario programmato, sono state organizzate almeno tre dimostrazioni di manovre di rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle prime vie aeree.

In fase di progettazione, visti i tempi ristretti, non è stato strutturato uno strumento per valutare il gradimento dell’evento da parte dei cittadini.

Al termine dei singoli eventi sono stati effettuati dei *briefing* con l’intera equipe, per valutare l’impatto dell’iniziativa sui bagnanti, di cui di seguito si riportano alcune considerazioni:

- avvicinati per le informazioni e consegna degli opuscoli, si sono sempre dimostrati disponibili verso gli operatori, ringraziando per le informazioni ricevute e del materiale consegnato;
- nei momenti di relazione in tanti hanno richiesto/proposto un “incremento” di queste iniziative di educazione sanitaria;
- la partecipazione al gazebo per la presentazione delle manovre di rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle prime vie aeree è stata tanta; la presenza al gazebo ha visto prevalentemente giovani famiglie con bambini piccoli; “nonni” preoccupati di trovarsi a gestire una situazione di emergenza, ma anche molti ragazzi, sensibili alla tematica;
- la simulazione delle manovre di rianimazione e disostruzione, su manichino o in alcuni casi su familiare adulto è stata sempre molto apprezzata e partecipata, impegnando spesso i due istruttori oltre il tempo previsto/dedicato.

Tutti gli operatori partecipanti, provenienti da strutture territoriali e ospedaliere e gli studenti si sono detti “soddisfatti per la nuova esperienza di espressione professionale”, dichiarandosi disponibili per altre iniziative simili. Nelle fasi di ringraziamento ai gestori degli stabilimenti ospitanti, gli stessi hanno mostrato grande apprezzamento, con l’invito a tenerli presenti per eventuali, altre iniziative.

In conclusione, il progetto “Spiagge Serene” è stata una esperienza di educazione sanitaria sui principi della Medicina di iniziativa e di prossimità, sicuramente da migliorare, ma **assolutamente da ripetere**.

L'Educazione Continua in Medicina-ECM

Normativa di riferimento, crediti obbligatori 2020-2022, sanzioni applicabili per chi non è in regola con l'adempimento dell'obbligo formativo

Avv. Barbara Pisa



La formazione professionale e continua (c.d. "Educazione Continua in Medicina" - ECM) costituisce uno strumento necessario per l'erogazione di prestazioni sanitarie conformi alle più moderne conoscenze scientifiche e tecnologiche, nonché ai più elevati standard di qualità assistenziali, nell'interesse del paziente e della collettività.

La formazione continua è stata introdotta dal **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, e comprende sia l'**aggiornamento professionale** (diretto ad adeguare, per l'intera durata della vita professionale, le proprie conoscenze professionali), sia la **formazione permanente** (finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti al progresso scientifico e tecnologico) con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza sanitaria (art. 16bis).

La partecipazione alle attività di formazione costituisce **requisito indispensabile** per poter svolgere l'attività professionale presso le Aziende ospedaliere, le Università, le Unità sanitarie locali e le strutture sanitarie private, **sia come dipendenti**, sia in regime **libero professionale**.

Ai sensi dell'art. 16 quater del richiamato d.lgs. 502/1992, l'**adempimento** da parte del personale, che opera nelle strutture sanitarie convenzionate, **dell'obbligo di formazione** continua, tramite il conseguimento dei crediti previsti nel triennio di riferimento, **costituisce requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento** da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

La legge, poi, demanda ai Ccnl del personale dipendente e convenzionato di individuare specifici elementi di penalizzazione, **anche di natura economica**, per il personale che, nel triennio, non abbia conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

Con decreto ministeriale 5 luglio 2000 è stata costituita la Commissione nazionale per la formazione continua, che ha durata tre anni e il cui presidente è il Ministro della Salute; **dal 1° gennaio 2002** è iniziata per tutti gli operatori sanitari **la fase a regime della formazione continua**, in esecuzione di quanto stabilito dagli artt. 16 bis e seguenti del D.Lgs. 502/1999. La Commissione definisce gli obiettivi e il numero dei crediti formativi che devono essere conseguiti dai professionisti sanitari nell'arco del triennio, nonché i requisiti per l'accreditamento delle Società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative.

Con **l'accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017** è stato approvato il documento "La formazione continua nel settore salute" che ha ribadito che tutti i professionisti sanitari hanno l'obbligo di curare la propria formazione.

L'obbligo di conseguire crediti ECM decorre dal **1° gennaio successivo alla data di iscrizione all'Albo professionale di appartenenza**.

La Commissione nazionale per la formazione continua, nel corso della riunione del 18 dicembre 2019, ha approvato la delibera inerente i crediti formativi per il **triennio 2020-2022**, fissandoli in **150**. Tuttavia, vista la difficile situazione legata all'emergenza sanitaria, il legislatore, con il D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, convertito dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che i crediti formativi del **triennio 2020-2022** si intendono **già maturati in ragione di un terzo** per tutti i professionisti sanitari che hanno continuato a svolgere la propria attività professionale nel periodo dell'emergenza derivante dal COVID-19. In particolare, la misura di 1/3 dei crediti decurtabili in ragione dell'emergenza COVID-19, viene calcolata sui crediti da acquisire al netto degli esoneri personali.

Così, ad esempio, il professionista che ha frequentato un Master della durata di un anno, che eroga almeno 60 CFU/anno, ha diritto, **previa specifica richiesta da parte del professionista**, alla riduzione di 1/3 dell'obbligo formativo. Pertanto, per l'esonero, dovrà conseguire 100 crediti ECM, a cui verrà applicata l'ulteriore riduzione di 1/3 in ragione dell'emergenza pandemica (verranno, dunque, detratti altri 33 crediti).

Non ci sono limiti - né massimi, né minimi - sul numero di crediti da acquisire per ciascuno dei tre anni. Il professionista, tuttavia, deve acquisire **almeno il 40%** del proprio fabbisogno formativo triennale **mediante la partecipazione a eventi ECM erogati da provider accreditati**.

Ogni professionista sanitario può verificare la propria posizione tramite la banca dati CoGeAPS, l'Ente preposto alla certificazione dei crediti ECM, iscrivendosi all'area riservata all'anagrafica delle Professioni sanitarie.

La prima, importante novità introdotta in riferimento alle conseguenze derivanti dal mancato assolvimento all'obbligo formativo è quella prevista dall'art. 38 bis del D.L. 6 novembre 2021, n. 152, convertito con modificazioni dalla L. 29 dicembre 2021, n. 233, ai sensi del quale: **"Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento, in misura non inferiore al 70 per cento, dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in Medicina"**.

Ne consegue che, in riferimento all'ultimo triennio utile, quanti non abbiano raggiunto **almeno il 70% dei crediti ECM richiesti**, potranno non ricevere la copertura assicurativa in caso di apertura di un sinistro per un evento avverso.

Inoltre, la violazione dell'obbligo di formazione continua, per il tramite del conseguimento



Per quesiti e problematiche di natura legale, il consulente dell'Ordine riceve, previo appuntamento telefonico, al numero 06/37511597, il **lunedì**, 9.30-11.30 e il **giovedì**, 15-17.

Info:

<https://opi.roma.it/servizi-agli-iscritti/consulenza-legale/>

È stato attivato l'indirizzo email **legale@opi.roma.it** a cui gli iscritti all'OPI di Roma possono inviare richieste di consulenza sulla Professione e, in particolare, su: responsabilità professionale; profilo professionale dell'infermiere e rapporti con le altre professioni sanitarie; deontologia e Diritto del lavoro.

dei crediti formativi richiesti, **costituisce un illecito disciplinare** e, come tale, può essere sanzionato dall'Ordine professionale di appartenenza (vedi D.Lgs. 138 del 2011). Si ricorda, infatti, che il già richiamato Accordo, sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni, recante *“La Formazione Continua nel settore Salute”* del 2 febbraio 2017, **all'articolo 21**, prevede che **gli Ordini e le Federazioni vigilino sull'assolvimento dell'obbligo formativo ed emanino i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento all'obbligo formativo**.

La legge di riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie (**legge n. 3/2018**) ha affidato agli ordini professionali il compito di **vigilare sugli iscritti agli Albi**, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, **irrogando sanzioni disciplinari**, tenendo conto degli **obblighi a carico degli iscritti**, derivanti dalla **normativa nazionale e regionale** vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro.

L'articolo 10 del Codice Deontologico della Professione, infine, stabilisce che:

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

L'adempimento dell'obbligo formativo continuo costituisce, quindi, a tutti gli effetti un illecito etico/disciplinare anche per violazione dell'articolo 10 del Codice Deontologico.

Per completezza, si riporta l'articolo **67 del nuovo Ccnl relativo al personale del comparto sanità, triennio 2019-2021**.

Art. 67, Formazione continua ed ECM

1. La formazione continua e l'ECM costituiscono **requisito indispensabile** per svolgere attività proprie del profilo, al fine di migliorare le competenze professionali, anche avanzate, ivi incluse quelle informatiche e digitali. Ferma restando la formazione, obbligatoria e facoltativa di cui all'art. 66 (destinatari dei processi della formazione), **la formazione continua del personale del ruolo sanitario** di cui all'art. 16 bis e segg. del D. lgs. n.502/1992 è da svolgersi sulla base delle linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali individuati dalle regioni e concordati in appositi progetti formativi presso l'Azienda o Ente e in coerenza con l'assetto organizzativo e funzionale di ogni singola Azienda o Ente.

L'attività formativa è finalizzata alla valorizzazione delle risorse umane attraverso programmi mirati allo sviluppo delle professionalità.

2. L'Azienda e l'Ente **garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi** previsti dalle vigenti disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria. Il personale che vi partecipa **è considerato in servizio a tutti gli effetti** ed i relativi oneri sono a carico dell'Azienda o Ente. La relativa disciplina è, in particolare, riportata nei commi 8 e seguenti del precedente articolo (destinatari e processi della formazione) come integrata dalle norme derivanti dalla disciplina di sistema adottate a livello regionale.

3. Le parti concordano che - nel caso di mancato rispetto da parte dell'Azienda o Ente della garanzia prevista dal comma 2 circa l'acquisizione nel triennio del minimo di crediti formativi da parte del personale interessato - non trova applicazione la specifica disciplina prevista dall'art. 16 quater del D. lgs. 502 del 1992. Ne consegue che, in tali casi, le Aziende ed Enti non possono intraprendere iniziative unilaterali per la durata del presente contratto.

4. Ove, viceversa, la garanzia del comma 2 venga rispettata, **il dipendente che, senza giustificato motivo, non partecipi alla formazione continua e non acquisisca i crediti**

previsti nel triennio, non potrà partecipare, per il triennio successivo, alle selezioni interne a qualsiasi titolo previste.

5. Sono considerate **cause di sospensione dell'obbligo** di acquisizione dei crediti formativi il periodo di gravidanza e puerperio, le **aspettative a qualsiasi titolo usufruite**, ivi compresi i distacchi per motivi sindacali. Il triennio riprende a decorrere dal rientro in servizio del dipendente.

6. Al fine di ottimizzare le risorse disponibili per garantire la formazione continua a tutto il personale del ruolo sanitario destinatario dell'art. 16 bis citato al comma 1 e, comunque, la formazione in genere al personale degli altri ruoli, nelle linee di indirizzo sono privilegiate le strategie e le metodologie coerenti con la necessità di implementare l'attività di formazione in ambito aziendale ed interaziendale, favorendo metodi di

formazione che facciano ricorso a mezzi multimediali, ove non sia possibile assicurarla a livello interno.

7. La formazione, inoltre, deve essere coerente con l'obiettivo di migliorare le prestazioni professionali del personale e, quindi, **strettamente correlata alle attività di competenza** in base ai piani di cui al comma 1. Ove il dipendente prescelga **corsi di formazione non rientranti nei piani suddetti ovvero corsi che non corrispondano alle suddette caratteristiche**, la formazione - anche quella continua - rientra nell'ambito della **formazione facoltativa per la quale sono utilizzabili gli istituti dei permessi retribuiti** di cui all'art. 50 comma 1, lett. a) (permessi giornalieri retribuiti), dell'art. 62 (diritto allo studio) e dell'art. 68 (congedi per la formazione).



L'articolo 38 bis, invece, chiarisce la **Validità assicurativa e regolarità dei crediti ECM**: "Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del PNRR, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, **l'efficacia delle polizze assicurative** di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n.24, **è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale** dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in Medicina".

“Infermiere Oggi” pubblica articoli inediti di interesse infermieristico e Revisioni della letteratura, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore e/o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, Ente di appartenenza, mail e recapito telefonico.

Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consiglieri direttivi.

Gli articoli, possibilmente numerati nelle pagine, dovranno essere così strutturati: titolo in **italiano** e in **inglese**; Abstract in **italiano** e **inglese** (max 300 parole); Parole-chiave (da 2 a 6 in italiano e inglese). Quindi: Introduzione e obiettivi; Strumenti e metodi; Risultati e Discussione; Conclusioni e Biblio/Sitografia. Inoltre, vanno specificati: presenza/assenza di conflitto di interesse e eventuali finanziamenti ottenuti.

Le Revisioni della letteratura dovranno contenere l'Abstract e il documento dovrà essere strutturato in: Background; Obiettivi; Metodi; Risultati; Discussione e Conclusioni. Parole-chiave e riferimenti bibliografici.

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte per chiarezza e semplicità. Saranno numerate progressivamente in cifre arabe e accompagnate da didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Grafici, diagrammi e illustrazioni sono da non preferire e comunque dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modifiche. **È consigliabile inviare immagini e figure in file separati** (in formato JPEG); per le immagini che ritraggono persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne permetta la pubblicazione.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>) che ha il vantaggio di facilitare la lettura di un testo non interrotto dalla citazione, in quanto più scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citato; in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome, “titolo articolo”, titolo rivista, volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: titolo principale del documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima di revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

et al. per indicare altri autori, dopo il sesto, nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi – ad es. Associazione Raffreddati d'Italia (Ari). Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - (ad es. Usa e non U.S.A.)

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non l gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre “tonde”, usare “mila”, “milioni” e “miliardi” invece di “000”, “000.000”, “000.000.000”.

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico e una in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, viale degli Ammiragli, 67-00136 Roma, email: ordine@opi.roma.it

L'OPI è a disposizione del cittadino e dell'infermiere
con i seguenti orari al pubblico:
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30
il lunedì e il giovedì anche dalle 14.30 alle 17.00

Viale degli Ammiragli 67, 00136 Roma
Tel 0637511597 - Fax 0645437034
ordine@opi.roma.it



OPI ROMA
a portata di click!



www.opi.roma.it
www.centrodieccellenza.eu



[opiroma](https://t.me/opiroma)



[opiroma](https://www.instagram.com/opiroma)



[ordineinfermieriroma](https://www.facebook.com/ordineinfermieriroma)