

INFERMIERE

OGGI

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

Coniugare il metodo scientifico
con l'assistenza alla persona...
La nostra storia





Ci avviciniamo alla fine di un anno ricco di impegni, sfide e risultati raggiunti, navigando verso i nuovi obiettivi che si impongono, via via, all'attenzione degli infermieri romani e di tutta Italia, mentre continuiamo a portare avanti una strategia precisa sul futuro della Professione. E qualcosa si muove, visto che il Ministro Schillaci ha annunciato l'avvio dei percorsi di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ad indirizzo clinico specialistico: "Cure Primarie e Sanità pubblica"; "Cure Pediatriche e Neonatali" e "Cure Intensive e nell'Emergenza": saranno la chiave per aprire la porta all'evoluzione? Intanto, l'Opi di Roma ha rinnovato i suoi Organi: la Lista "Insieme" ha raccolto numerosi consensi, confermando la qualità del lavoro svolto nello scorso mandato, e dando voce anche alle nuove generazioni. Questo, mentre prepariamo la "wish list" per Natale, con le prescrizioni infermieristiche alle porte, sotto il segno della continuità delle cure e della sicurezza dell'assistenza.

EDITORIALE

- 2_** Il metodo scientifico al servizio dell'assistenza
di Maurizio Zega
- 4_** Un percorso auto-riflessivo degli studenti infermieri all'interno di un laboratorio esperienziale gamificato: studio descrittivo trasversale
Marzia Lommi, Gianluca Pozzuoli, Dhurata Ivziku, Giuliana Covelli, Giorgia Barretta, Concetta La Rocca, Barbara Porcelli, Simona Ricci
- 17_** La *Patient Safety Culture* degli infermieri nel contesto perioperatorio: uno studio trasversale
Chiara Guarino, Irene Dello Iacono, Aurora Frassia, Marzia Tucci, Giulia Sortino, Arianna Anzini, Paolo Mazzuca, Rita Patrizia Tomasin, Gabriele Caggianelli
- 26_** JBI Best Practice. Le esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono *counseling* dagli infermieri
- ## DAL CECRI
- 31_** Linee Guida. Cosa c'è di nuovo
- 32_** Estratto della Linea Guida per lo *screening* e la diagnosi del tumore della mammella (*adoption* linee guida europee). Raccomandazioni fasce di età e intervalli
- 39_** COMMENTARY al COCHRANE
- 41_** Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI
- 45_** Campus BIO-MEDICO
Secondo meeting annuale di ALINURSE
- ## DALL'ORDINE
- 46_** Rinnovo degli Organi dell'OPI di Roma
Tanti consensi per la lista "Insieme"
- 49_** Ricercatori iscritti a OPI di Roma premiati negli *States*
- 50_** La gestione delle maxi-emergenze
Convegno a Palazzo Salviati

- 51_** Infermieristica nella comunità scolastica
L'OPI di Roma promuove un convegno
- 52_** Il XV Congresso AIT
al Complesso Integrato Columbus
- 52_** PNAE, Immacolata Dall'Oglio
nuova coordinatrice europea
- 53_** Scuola Convitto Regina Elena
Formazione, valori e amicizie che resistono al tempo

DALLA FNOPI

- 54_** Aperte le iscrizioni e la *Call for abstract*
del Congresso nazionale 2025
- 55_** A Roma, evento per parlare di
Infermieristica internazionale
- 56_** Federazione, Ministero e OMS
per lo sviluppo della Professione
- 57_** Schillaci annuncia una riforma epocale
"Lauree magistrali a indirizzo clinico"

- 58_** A Roma leader europei per parlare
di universalità e sostenibilità

DALLA REGIONE

- 59_** Al Campus Bio-Medico un innovativo
corso di Laurea magistrale
- 60_** Concorsi, procedono le chiamate
e parte la procedura per i Dirigenti infermieristici

OPI DI BIBLIOTECA

- 61_** Dentro la sala operatoria:
l'importanza dell'esperienza "sul campo"

PILLOLE LEGALI

- 62_** Decreto-Legge
1° ottobre 2024, n. 137

- 64_ LA STRISCIA**

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'OPI di Roma
Anno XXXIV - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2024
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990
ISSN 2037-4364

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

Direttore responsabile
Maurizio Zega

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

Comitato di redazione
Giuseppe Amici, Antonio Andreozzi, Lorella Calafato,
Nadia Marciano, Natascia Mazzitelli, Maria Grazia
Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco Scerbo,
Silvia Sferazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

Stampa
Idealgraf S.r.l.
via Sicilia 6 - 06012 Città di Castello (PG)
tel. 075/8511613
Progetto grafico e impaginazione: Ars Media Group srl
Copertina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepik.com
Finito di stampare: novembre 2024
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

Il metodo scientifico al servizio dell'assistenza

di Maurizio Zega



L'avvio dei percorsi di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ad indirizzo clinico specialistico non provocherà tumultuosi cambiamenti nell'immediato, ma si tratta di una svolta decisiva sul piano concettuale, di un 'balzo in avanti' nella direzione di una risposta razionale ai bisogni



In ogni tempo, i bisogni sociali espressi da una situazione esistente premono perché si dia loro soddisfazione. E prima o poi arriva il momento in cui, semplicemente, non si può più ignorare quei bisogni e quelle richieste.

Ed è quello che ha fatto il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, annunciando al Consiglio Nazionale della FNOPI l'avvio dei percorsi di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ad indirizzo clinico specialistico. Si tratta, se si vuole, di un modesto passo in avanti, che non provocherà tumultuosi cambiamenti nell'immediato, ma si tratta anche di una svolta decisiva sul piano concettuale, di un "balzo in avanti" - ed era ora - nella direzione di una risposta razionale ai bisogni che la situazione epidemiologica ci ha messo di fronte ormai da diversi anni. Si tratta di problemi del servizio sanitario pubblico, e dunque, in primo luogo, della cittadinanza, connessi in modo inscindibile a quelli della nostra professione.

Per troppo tempo, a chi arricchiva la propria conoscenza con sacrificio e fatica, impiegando il proprio denaro e il proprio tempo libero nel lavoro, si negava un percorso di crescita professionale in ambito clinico: ora, mediante l'istituzione di tre aree di specializzazione infermieristica - in Cure Primarie e Sanità pubblica, in Cure Pediatriche e Neonatali e in Cure Intensive e nell'Emergenza, che saranno recepite dalla revisione della classe di laurea da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca - si apre la porta ad una corretta e necessaria evoluzione della professione infermieristica.

Siamo all'apertura di un processo che si compirà nel tempo: i frutti saranno colti pienamente soprattutto dai colleghi più giovani e, ancor più, da quanti sono ancora studenti. Si schiude, dunque, la prospettiva di una crescita professionale adeguata alla dimensione intellettuale che sempre più la nostra "giovane" Scienza Infermieristica è chiamata a ricoprire. Non sarà breve e non sarà necessariamente facile: ma si stanno muovendo i primi passi nella giusta direzione.

Oggi siamo in un sistema "drogato": stomie? Ferite difficili? Accessi venosi? Tutti sappiamo quel che accade in corsia e non solo: sono cose che si curano con la nostra professionalità, ma noi siamo formalmente inesistenti, perché non ci sono flussi informativi che riportino, in modo corretto, chi è il professionista che svolge l'intervento sanitario. In estrema sintesi, ad oggi, non esistono LEA infermieristici.

Invece, con il riconoscimento del percorso clinico infermieristico si potranno leggere gli esiti delle attività sanitarie realmente attribuibili alla nostra professione, aprendo la porta alla revisione dei LEA, e realizzando un flusso informativo finalmente olistico.

“

Ad oggi, non esistono LEA infermieristici. Invece, con il riconoscimento del percorso clinico infermieristico si potranno leggere gli esiti delle attività sanitarie realmente attribuibili alla nostra professione

”

“

Bisogna smettere di ragionare per posizioni precostituite e dare veramente una risposta che metta al centro il paziente... È tempo di tornare alla feconda opera di coniugazione fra applicazione del metodo scientifico e concreta assistenza alla persona, caratteristica propria della nostra Professione

”

A qualcuno potrà dispiacere la previsione che, in questo modo, verranno a crearsi, per così dire, disparità di trattamento nella nostra professione. Ma è un fatto che ci sono colleghi che volontariamente si formano più di altri: è etico non riconoscerlo?

Il nuovo sistema apre la strada ad una dimensione in cui gli Infermieri non saranno più “tutti uguali”, come se fossimo manovalanza di terz’ordine da comprarsi un tanto al chilo: no, non siamo tutti uguali.

Chi scrive, nonostante la sua formazione, non potrà mai prescrivere; per questo, si diceva che saranno soprattutto i giovani a cogliere i frutti del sistema che si annuncia e che è anche perfettamente sostenibile: non comporta, infatti, alcun aggravio di spesa, ma solo una più razionale e convincente distribuzione di competenze.

Parlavamo di prescrizioni. Sì, prescrizioni infermieristiche di trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche tra cui presidi sanitari e ausili, per garantire continuità e sicurezza della assistenza: anche a questo si apre finalmente la strada.

È chiaro che noi non vogliamo sovrapporci ad alcun’altra professione: non stiamo parlando di una sovrapposizione prescrittiva rispetto ai bisogni patologici del soggetto. Noi curiamo la persona. Le diagnosi infermieristiche riguardano la persona, non le patologie e, a differenza di quelle cliniche, hanno delle diagnosi di rischio. Un esempio? Il rischio di lesioni da decubito: e siamo noi che lo misuriamo. E, se siamo noi che lo misuriamo, chi mai dovrebbe prescrivere un materasso antidecubito a quel paziente, sia esso in ospedale ovvero a domicilio?

Oggi non è così, ma questo deve finire!

Bisogna smettere di ragionare per posizioni precostituite e dare veramente una risposta che metta al centro il paziente: al centro, non “in mezzo”, come si dice a Roma, stratonato da divergenti spinte corporative.

È tempo di tornare alla feconda opera di coniugazione fra applicazione del metodo scientifico e concreta assistenza alla persona che è stata, sin dall’intuizione di Florence Nightingale, la caratteristica propria della nostra Professione.

Infine, il riconoscimento pieno della dimensione intellettuale della Professione Infermieristica costituisce anche la migliore salvaguardia di quel principio irrinunciabile che assegna all’Infermiere il governo del piano assistenziale, come è detto a chiare note nel decreto 739 del 1994, pietra miliare della Professione: perché gli infermieri non sono certo “tutti uguali”, ma sono sicuramente tutti infermieri.

Un percorso auto-riflessivo degli studenti infermieri all'interno di un laboratorio esperienziale gamificato: studio descrittivo trasversale

The effectiveness of an experiential laboratory and gamification intervention for a nursing student's self-reflective journey: a cross-sectional descriptive study

Marzia Lommi, Direttore Sede didattica "Luigi Patrizi", Università "Sapienza", Roma

Gianluca Pozzuoli, Professore a contratto, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Dhurata Ivziku, Infermiere Ricercatore, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Giuliana Covelli, Professore a contratto, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Giorgia Barretta, Psicologo clinico e comunitario, Università Pontificia Salesiana, Roma

Concetta La Rocca, Professore Associato, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università Roma Tre

Barbara Porcelli, Professore a contratto, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Simona Ricci, Direttore Sede didattica "Sandro Pertini", Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Parole chiave

Laboratorio esperienziale, auto-riflessione, Tabella degli eventi, Grafico degli eventi, tutor, gamification

Keywords

Experiential laboratory, self-reflection, Event Table, Event Graph, tutor, gamification

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il processo di auto-riflessione, fondamentale per gli studenti infermieri, consente, attraverso l'autoanalisi e la riflessione sulle esperienze, di migliorare la consapevolezza di sé, comprendere meglio le ragioni che li hanno portati a studiare Infermieristica e sviluppare abilità critiche per migliorare l'apprendimento e la pratica professionale.

Gamification e *tutor* universitari svolgono un ruolo chiave nel facilitare i processi riflessivi e metacognitivi.

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'applicabilità di un intervento di laboratorio esperienziale gamificato per facilitare l'auto-riflessione tra gli studenti infermieri. Gli obiettivi specifici sono stati: a) identificare i tipi di eventi-chiave che condizionano le scelte e l'ap-

prendimento e b) descrivere le percezioni degli studenti riguardo a questi tipi di laboratori esperienziali gamificati.

MATERIALI E METODI

Nel mese di febbraio 2023, gli studenti infermieri del II e III anno del CdL in Infermieristica hanno partecipato a un laboratorio esperienziale gamificato.

Al fine di stimolare un percorso auto-riflessivo è stato richiesto di descrivere gli eventi della loro vita, positivi o negativi, che possano aver influito nell'ambito cognitivo, motivazionale, relazionale e metacognitivo sulle scelte di questo percorso.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Allo studio hanno preso parte 40 studenti, principalmente donne e con una corte di età tra i 19 e i 34 anni (90%).

Cinque categorie principali riflettono gli eventi della vita degli studenti influenti nei domini: cognitivo, motivazionale, affettivo, relazionale e metacognitivo. I partecipanti hanno indicato una percezione positiva del processo di autoriflessione, che ha avuto un impatto significativo sull'interazione con i pari, sull'orientamento all'apprendimento individuale e sulla consapevolezza degli obiettivi del corso.

Il ruolo del tutor universitario è stato considerato utile dagli studenti, specialmente per la riflessione e lo sviluppo della consapevolezza sul corso di formazione e per la valutazione dei propri punti di forza e debolezza nell'apprendimento.

ABSTRACT INTRODUCTION AND AIMS

The self-reflection process, fundamental for nursing students, allows them to improve self-awareness through self-analysis and reflection on experiences. This process helps students better understand the reasons that led them to pursue nursing, and develop critical thinking skills to enhance learning and professional practice. Gamification and university tutors play a key role in facilitating reflective and meta-

cognitive processes. The aim of the study was to evaluate the applicability of a gamified experiential laboratory intervention to facilitate self-reflection among nursing students. The specific objectives were: a) to identify the types of key events that condition choices and learning; and b) to describe students' perceptions of these gamified experiential laboratories.

MATERIAL AND METHODS

In february 2023, second- and third-year nursing students participated in a gamified experiential laboratory. To stimulate a self-reflective process, they were asked to describe positive or negative life events that may have influenced their choices of path in the cognitive, motivational, relational and metacognitive domains.

RESULTS AND CONCLUSION

Forty students, predominantly women (90%), aged between 19 and 34 years, participated in the study. Five main categories emerged that reflect the life events influencing students in the cognitive, motivational, affective, relational and metacognitive domains.

Participants reported a positive perception of the self-reflection process which had a significant impact on peer interaction, individual learning orientation and awareness of course objectives. The role of the university tutor was considered valuable by students, especially for promoting reflection, fostering awareness of the training program and evaluating their own strengths and weaknesses in learning.

INTRODUZIONE

La motivazione è uno dei fattori chiave nelle performance accademiche ed è estremamente critica nell'istruzione universitaria per gli studenti di Infermieristica (1,2).

L'orientamento e la guida degli studenti durante la loro formazione sono cruciali per favorire l'acquisizione di competenze professionali spendibili nella vita lavorativa futura e per una pratica di qualità.

Spesso, soprattutto all'inizio del Corso di Laurea (CdL) in Infermieristica, gli studenti infermieri non hanno una chiara comprensione del perché abbiano scelto un percorso formativo così complesso. Orientarli e aiutarli a comprendere le motivazioni dietro tale preferenza - attraverso l'autoriflessione e la consapevolezza di sé - contribuisce a diminuire il fenomeno degli abbandoni universitari⁽³⁾.

Il concetto di "riflessione" è presente in molte teorie dell'apprendimento degli adulti ed è considerato sia un segno di maturità e responsabilità adulta che un obiettivo primario dell'educazione degli adulti contemporanea⁽⁴⁾.

I formatori, al fine di motivare gli studenti a impegnarsi nell'esercizio della riflessione critica, devono guidarli attraverso l'utilizzo di strategie che favoriscano l'apprendimento, identificando quali siano le più appropriate per svolgere un determinato compito⁽⁵⁾.

Per una riflessione sistematica e dinamica dell'esperienza, gli studenti devono intraprendere un viaggio narrativo con se stessi^(6,7). Raccontare storie implica la capacità di organizzare gli eventi narrati da un punto di vista temporale e spaziale, facendo riferimento a fatti e circostanze specifiche, riguardanti persone significative (come: amici, membri della famiglia, compagni di classe e pazienti) e, per farlo, lo studente deve attivare un processo meta-riflessivo che richiede un certo distanziamento da sé, come un personaggio teatrale che interpreta un ruolo⁽⁸⁾.

La letteratura suggerisce di identificare gli eventi della vita in una

chiara collocazione temporale, classificandoli come positivi o negativi secondo il punto di vista dello studente, ed esplorare come possano aver influito sui domini cognitivo, motivazionale, relazionale e metacognitivo.

Strumenti da utilizzare per facilitare questo processo sono il Grafico degli Eventi e la Tabella degli Eventi^(5,9,10).

Il *tutor*, attraverso la pianificazione, organizzazione e conduzione delle attività di laboratorio si pone gli obiettivi di: promuovere l'apprendimento clinico-professionale attraverso dimostrazioni, esercizi, simulazioni per piccoli gruppi e applicando metodi didattici che facilitino il coinvolgimento attivo degli studenti e stimolare le abilità critiche e auto-riflessive facilitando l'apprendimento dall'esperienza. Questa figura, quindi, svolge un ruolo chiave come facilitatore nel processo dell'auto-riflessione tra gli studenti sul loro percorso personale e professionale.

Con l'obiettivo di promuovere un apprendimento significativo e una riflessione critica, formatori e ricercatori esplorano costantemente nuove metodologie educative come la *gamification*, ovvero l'uso di elementi e principi del gioco in contesti non ludici, per coinvolgere e motivare le persone⁽¹¹⁾.

Quindi, anziché creare giochi immersivi e completi come nei "serious games", la *gamification* mira a influenzare il comportamento e la motivazione degli utenti mediante esperienze simili ai giochi⁽¹²⁾.

La *gamification*, in particolare, è rivolta alle generazioni più giovani, che sono a proprio agio con *smartphone*, *tablet* e altre tecnologie⁽¹³⁾.

Nel CdL in Infermieristica ci sono molti studenti nati dopo il 1997, che fanno parte della cosiddetta Generazione Z (o Gen Z).

Questo nome si riferisce ai "nativi

digitali", nati nei Paesi sviluppati, che non hanno mai vissuto senza Internet e si adattano costantemente alle nuove tecnologie⁽¹⁴⁾.

I membri della Gen Z hanno motivazioni, stili di apprendimento e competenze diversi rispetto alle generazioni precedenti⁽¹⁵⁾ e interagiscono frequentemente nel mondo digitale, preferendo l'apprendimento *online*⁽¹⁶⁾.

Per tutti questi motivi, l'integrazione di queste metodologie (*gamification* e strumenti progettati per facilitare il processo riflessivo) può, dunque, produrre risultati sorprendenti nell'istruzione, come l'aumento della motivazione, del coinvolgimento e dell'impegno degli studenti nelle attività proposte^(17,18). Questo studio ha avuto, quindi, l'obiettivo generale di valutare l'applicabilità di un intervento di laboratorio esperienziale con un approccio di *gamification* per facilitare l'auto-riflessione tra gli studenti di Infermieristica.

Gli obiettivi specifici sono stati: a) identificare i tipi di eventi-chiave che condizionano le scelte e l'apprendimento degli studenti; b) descrivere le percezioni degli studenti riguardo agli strumenti che favoriscono l'autoriflessione e c) esplorare le percezioni degli studenti riguardo questi tipi di laboratori esperienziali gamificati.

MATERIALI E METODI

La popolazione-*target* di questo studio con design descrittivo trasversale, si è composta di studenti iscritti al CdL in Infermieristica presso un'Università pubblica di Roma. Per poter partecipare allo studio era necessario che incontrassero i seguenti criteri di inclusione: a) aver completato un ciclo completo di tirocinio; b) frequentare gli anni di corso successivi al primo; c) esprimere la volontà a

partecipare allo studio e d) essere in grado di comprendere e parlare bene l'italiano.

Nel mese di febbraio 2023, il *tutor* universitario ha organizzato un laboratorio esperienziale di quattro giorni. Nel primo giorno, agli studenti è stata fornita una panoramica dei processi e delle metodologie di *self-reflection* e *self-directed learning*, sottolineando l'importanza di questi aspetti nella loro crescita accademica e affrontando questioni pedagogiche e didattiche per aiutare gli studenti a comprendere meglio i processi. Queste lezioni sono state tenute da un *tutor* universitario (G.P.) e da un docente esperto in formazione andragogica (C.L.R.). Al termine della lezione, è stato incoraggiato un dibattito con gli studenti, permettendo loro di condividere opinioni ed esperienze sull'argomento. Questa interazione ha promosso la partecipazione attiva degli studenti e ha creato un ambiente di apprendimento collaborativo. Dopo il dibattito, il *tutor* e il docente hanno presentato gli strumenti utilizzati per facilitare l'esercizio riflessivo, spiegando il loro scopo e come sarebbero stati utilizzati nei giorni successivi.

Nei seguenti due giorni, gli studenti hanno avuto accesso ai *computer* nella sala di informatica e qui hanno lavorato attraverso un percorso di *gamification* progettato per permettere loro di sperimentare direttamente come applicare l'auto-orientamento, come riflettere sugli eventi accaduti, le proprie competenze, interessi, punti di forza e debolezze. Durante questo periodo, il *tutor* e il docente erano a disposizione degli studenti, rispondendo alle domande e fornendo assistenza nell'interpretazione e nell'uso degli strumenti. Il quarto giorno, il *tutor* e il docente hanno restituito alla classe dei *report* di dati, presentati in forma anonima

e aggregata, raccolti durante le attività di *gamification* per mostrare i risultati delle strategie di auto-orientamento e auto-riflessione applicate.

Al termine della giornata, agli studenti è stato chiesto di compilare un questionario di *feedback* per valutare l'efficacia dell'intervento.

Strumenti del percorso gamificato

Nel contesto del laboratorio esperienziale ludico, è stato creato uno strumento interattivo e coinvolgente, suddiviso in tre parti.

La prima consiste in uno strumento chiamato "Grafico degli eventi", che offre agli studenti un'opportunità unica per esplorare e riflettere sugli eventi significativi che hanno influenzato le loro scelte scolastiche, accademiche e professionali^(5,9,10) (Figura 1).

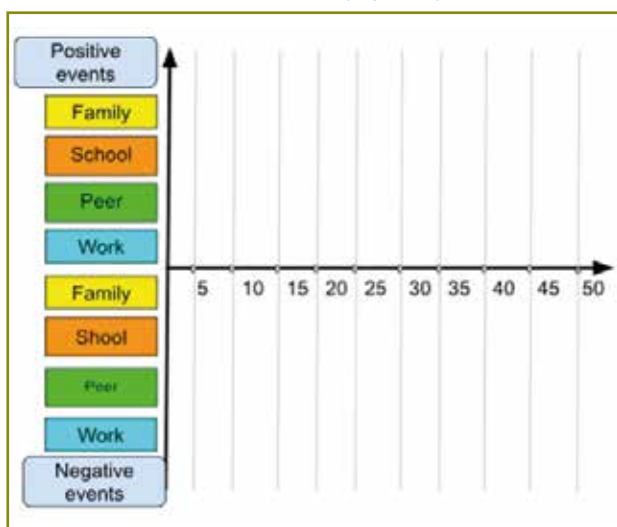


Figura 1 – Supporto elettronico per il "Grafico degli eventi"

Questo strumento è stato gamificato e, in un ambiente ludico informatizzato, gli studenti possono interagire su un piano di coordinate cartesiane.

Sull'asse "X" sono rappresentati gli intervalli di età in cui questi eventi si sono verificati (intervalli di 5 anni in 5 anni); sull'asse "Y" possono essere indicati il numero e la tipologia di eventi che hanno segnato la vita degli studenti nell'ambito della loro educazione e apprendimento.

Il quadrante superiore è riservato agli eventi positivi, quello inferiore è per i negativi^(5,9,10).

Gli studenti possono interagire nel gioco utilizzando il *mouse* per posizionare i loro "eventi significativi" (eventi pedina) sul grafico. Le pedine hanno un colore diverso secondo la loro tipologia (giallo per gli eventi familiari, arancione per gli eventi scolastici e formativi, verde per gli eventi lavorativi). Solo completando la prima, è possibile accedere alla seconda parte del percorso di *gamification*.

Questa, costituita dallo strumento "Tabella degli eventi", è progettata per guidare gli studenti in un processo di riflessione profonda sulle loro scelte e sul loro percorso di apprendimento^(5,9,10).

Da una prospettiva di *gamifica-*

tion è presentata come un mondo virtuale colorato, diviso in cinque sezioni, ciascuna rappresentante un aspetto specifico del loro percorso educativo. In ogni sezione della "Tabella degli eventi" è presente un *avatar*, che propone una o due domande per chiedere agli studenti di descrivere brevemente eventi significativi nella loro vita, vissuti come positivi o negativi. Queste domande stimolano gli studenti a esplorare più a fondo diverse aree del loro percorso di apprendimento: cognitiva, motivazionale, emotiva, relazionale e meta-cognitiva. Nella **Tabella 1** sono riportate le domande utilizzate nella *gamification*.

Questa attività trasforma il processo di riflessione in un coinvolgente gioco di scoperta, mentre gli studenti rispondono alle domande e descrivono i loro eventi significativi, accumulano punti, rendendo l'intera esperienza interattiva e gratificante.

Dominio Cognitivo	
Quali eventi particolari del percorso formativo hanno portato ad acquisire e sviluppare le mie conoscenze personali?	
Quali eventi particolari della formazione hanno portato ad applicare le mie conoscenze acquisite, anche grazie a procedure di analisi e sintesi?	
Quali eventi sono stati particolarmente significativi nell'aiutarmi a valutare più attentamente le mie risorse e limitazioni?	
Dominio Motivazionale	
Quali eventi particolari hanno contribuito alla mia motivazione nel fare determinate scelte?	
Dominio Emotivo	
1) Quali eventi particolari hanno contribuito a determinare in me disposizioni e atteggiamenti specifici nei confronti dello studio e dell'apprendimento?	
2) Quali eventi particolari hanno contribuito a determinare in me disposizioni e atteggiamenti specifici nei confronti dell'esperienza di tirocinio?	
Dominio relazionale	
1) Quali eventi particolari hanno contribuito a determinare la mia disposizione relazionale verso gli altri?	
2) Quali eventi particolari hanno contribuito a determinare il mio rapporto con gli altri?	
Dominio meta-cognitivo	
1) Quali eventi mi hanno aiutato a prendere coscienza dei miei processi di apprendimento, stimolando riflessioni e pensiero critico?	

Tabella 1 – Domande guida per la "Tavola degli eventi"

Il quarto giorno di questo “viaggio educativo” è stata attivata la terza parte del percorso di *gamification* chiamata “missione *feedback*”, che consisteva in tre obiettivi principali: raccogliere i dati socio-demografici degli studenti, valutare le percezioni degli strumenti e metodologie utilizzate in termini di efficacia nel processo formativo ed esplorare la percezione del ruolo del *tutor* universitario nella facilitazione del processo di auto-riflessione.

Per raccogliere queste informazioni, ai partecipanti, è richiesto di rispondere ad un questionario *online* composto da 11 elementi (sei per valutare gli strumenti e la metodologia e cinque per valutare il *tutor*), con un sistema di risposta Likert a 4 livelli (da 1 “*per niente influenzato*!”/“*per niente facilitato*” a 4 “*molto influenzato*!”/“*molto facilitato*”). Inoltre, sono incluse due domande sul gradimento della metodologia di *gamification* da parte degli studenti.

Le domande sono state: “Hai tro-

vato interessante il sistema di *gamification* per questa attività formativo-riflessiva?” e “Ti è piaciuto usare questa metodologia di *gamification*?” (sistema di risposta Likert a cinque livelli da 0 “*scarso*” a 5 “*eccellente*”). Completando con successo questa “missione” di raccolta dati e partecipando attivamente alla valutazione dell’intervento, si potevano guadagnare ulteriori punti.

Alla fine del percorso di *gamification*, in base ai punteggi ottenuti, è stata pubblicata una graduatoria e gli studenti che hanno accumulato il maggior numero di punti sono stati premiati con libri di testo di valore per il loro percorso di studi.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto in conformità con gli *standard* e i principi etici della Dichiarazione di Helsinki⁽¹⁹⁾.

La ricerca è stata approvata dai direttori dei CdL partecipanti.

Prima di partecipare allo studio, tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni sulla ricerca e hanno firmato un modulo di consenso informato.

L’accesso ai dati era riservato esclusivamente al team di ricerca.

Analisi dei dati

Dall’applicazione del gioco è stato possibile scaricare i report in formato *Excel* e, su questi, effettuare le analisi: quelle quantitative sono state effettuate con il *software* statistico SPSS versione 26⁽²⁰⁾.

Frequenze, percentuali, medie e deviazioni standard sono state utilizzate per descrivere le caratteristiche socio-demografiche del campione, gli eventi positivi e negativi riportati e le percezioni degli studenti nel questionario di *feedback*.

Le analisi qualitative sono state effettuate con il *software* NVivo versione 10⁽²¹⁾. Per analizzare i dati è stata utilizzata l’analisi del con-

tento induttiva, seguendo un processo in tre fasi. Durante la prima, con la codifica aperta, i testi sono stati letti indipendentemente più volte per generare codici, prendendo appunti e aggiungendo *memos* per descrivere tutti gli aspetti del contenuto.

Nella seconda, tutte le categorie emerse sono state confrontate e raggruppate come categorie generali. Attraverso una successiva astrazione, sono state generate categorie principali più ampie a partire da categorie generali simili⁽²²⁾. Due ricercatori (M.L. e D.I.) hanno codificato e categorizzato i dati separatamente; un terzo ricercatore (G.C.) ha controllato indipendentemente la coerenza della codifica aperta, delle sottocategorie, delle categorie specifiche e principali con le trascrizioni originali. Ogni divergenza nella codifica è stata discussa dal *team* di ricerca e risolta.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Descrizione del campione

Complessivamente, hanno preso parte a questa ricerca 40 studenti. Più della metà del campione composta da studentesse (85,0%). Gli studenti avevano un’età compresa tra 19 e 42 anni (M 25,13; DS 5,86) e il 62,5 % del campione era rappresentato dalla fascia d’età dai 19 ai 24 anni. Ulteriori caratteristiche del campione sono mostrate nella **Tabella 2**.

Descrizione degli eventi

La **Tabella 2** mostra la distribuzione degli eventi per anno di studio. Il numero medio di eventi per anno è stato di 197 (DS 40,15), con una frequenza maggiore di segnalazioni da parte degli studenti che erano fuori corso.

Gli eventi positivi sono stati frequentemente più segnalati (M 106, DS 33,18) rispetto a quelli negativi

Variable	M (SD)	f (%)
Genere		
Maschile		6 (15,0)
Femminile		34 (85,0)
Età	25,13 (5,86)	
19-24 anni		25 (62,5)
25-29 anni		8 (20,0)
30-34 anni		3 (7,5)
35-39 anni		2 (5,0)
40-44 anni		2 (5,0)
Anno di corso		
II*		15 (37,5)
III*		11 (27,5)
Fuori corso		14 (35,0)
Eventi per anno di corso	197,00 (40,15)	
II*		215 (36,4)
III*		151 (25,5)
Fuori corso		225 (38,1)
Eventi Positivi	106,00 (33,18)	
Familiari		130 (30,7)
Scolastici		116 (27,4)
Nel gruppo dei pari		121 (28,5)
Lavorativi		57 (13,4)
Eventi Negativi	41,75 (15,42)	
Familiari		62 (31,1)
Scolastici		48 (23,7)
Nel gruppo dei pari		49 (23,3)
Lavorativi		18 (10,8)

Tabella 2 – Caratteristiche socio-demografiche del campione e numero di eventi riportati

Note: M = media; SD = deviazione standard; f= frequenza; % = percentuali

(M 41,75, DS 15,42). Tra i positivi, sono stati più comunemente segnalati quelli nel contesto educativo informale, specie all'interno della famiglia e del gruppo di pari; mentre, nel contesto educativo formale, gli eventi legati alla scuola sono stati quelli menzionati più spesso. Meno frequenti sono stati segnalati gli eventi legati al contesto educativo formale del lavoro, sia positivi (M 57; DS 13,4) che negativi (M 18; DS 10,8).

L'analisi induttiva del contenuto nella "Tabella degli eventi" ha rivelato 89 codici, 12 categorie generali e cinque principali (**Tabella 3**). Le cinque categorie principali comprendevano gli eventi accaduti nella vita degli studenti ed erano quelle che avevano influenzato le scelte e l'apprendimento nei domini: cognitivo, motivazionale, emotivo, relazionale e meta-cognitivo.

Effetti nel dominio cognitivo

Gli studenti hanno riportato eventi positivi e negativi, che hanno avuto un effetto nello sviluppo delle loro capacità mentali e nell'acquisizione di conoscenze.

In particolare, questi eventi hanno avuto un effetto sui tre domini cognitivi: "Sviluppo della conoscenza e comprensione"; "Applicazione, analisi e sintesi" e "Valutazione".

Nella categoria "Sviluppo della conoscenza e comprensione", gli studenti hanno segnalato eventi nella loro vita attraverso cui sono riusciti a implementare nuove conoscenze e/o comprendere il significato di ciò che già sapevano (ad esempio, aver frequentato un corso per acquisire la patente di guida o per imparare una lingua sono stati segnalati come eventi educativi positivi in ambito educativo formale scolastico). Gli eventi negativi segnalati, per lo più, hanno avuto un effetto positivo sull'acquisizione di conoscenze. Alcuni studenti hanno anche segnalato eventi positivi per

lo sviluppo delle conoscenze legate al CdL in Infermieristica. *"Nell'ultimo anno, un evento positivo è stato ricevere spiegazioni molto utili dal tutor clinico su una procedura che non capivo."* (P30, 28 anni, studentessa, evento scolastico positivo, 26-30 anni). *"I seminari esperienziali che ci offrono durante il corso sono interessanti e sono uno degli eventi positivi che posso segnalare... specialmente questo che sto frequentando è davvero stimolante!"* (P27, 23 anni, studentessa, evento scolastico positivo, 21-25 anni).

Nella categoria "Applicazione, analisi e sintesi", gli studenti hanno segnalato eventi attraverso cui sono stati in grado di utilizzare conoscenze astratte in una nuova situazione, differenziare fatti e opinioni e integrare diversi elementi o concetti al fine di attribuire un nuovo significato (ad esempio, prepararsi per un esame orale a scuola o partecipare a gruppi di studio). Inoltre, hanno spontaneamente fatto riferimento a eventi positivi e negativi legati al CdL attuale.

"[...] quando sono riuscito a mettere il catetere al paziente da solo senza fare nulla di sbagliato nella procedura [...] mi sono sentito competente in qualcosa per la prima volta durante il tirocinio!" (P40, 24 anni, studente, evento scolastico positivo, 21-25 anni). *"[...] mi sono ricordato quando, lavorando come OSS, avevo visto l'infermiere rimproverare lo studente perché aveva rimesso il tappo sull'ago dopo aver fatto l'iniezione al paziente. Mi ricordo che era stata definita una 'procedura sbagliata e pericolosa per l'operatore sanitario' [...] ho pensato fosse stupido dirlo, ma l'ho detto e il tutor lo ha apprezzato!"* (P11, 27 anni, studente, evento lavorativo negativo, 21-25 anni).

Nella categoria "Valutazione",

i partecipanti hanno segnalato eventi attraverso cui sono stati capaci di formulare giudizi sull'importanza dei concetti. Qui, gli studenti hanno segnalato eventi negativi come precedenti insuccessi scolastici dovuti alla bocciatura, il conseguimento di voti bassi a causa di una preparazione scarsa in alcune materie, la difficile integrazione di quelli trasferiti da altre città o Paesi a causa di differenze culturali. In riferimento al CdL attuale: *"Finalmente ho capito la differenza tra iniezione intradermica e sottocutanea che ci hanno spiegato a lezione. Questo è stato possibile solo grazie all'intervento del tutor clinico che mi ha anche spiegato la procedura migliore da utilizzare."* (P1, 20 anni, studente, evento scolastico positivo, 16-20 anni). *"Sono stato ferito da una valutazione negativa ricevuta durante il tirocinio. Tuttavia, ho capito che era dovuta al fatto che non sapevo valutare la situazione clinica proposta dal tutor. Ora sono sicuro che non commetterò più errori."* (P10, 20 anni, studentessa, evento scolastico negativo, 16-20 anni).

Effetti nel dominio motivazionale

Gli studenti hanno riportato eventi positivi e negativi che rappresentavano le motivazioni per le quali sono state effettuate delle scelte di percorso formativo. Qui, le motivazioni erano tutte legate alla scelta del cammino di studio attuale, tranne che per la scelta di uno scolastico diverso, come *"atto di ribellione"* contro scelte indotte dai desideri familiari.

Negli altri eventi segnalati, tutto poteva essere ricondotto alla spinta motivazionale verso la professione per *"imitare modelli familiari"*, per aver avuto *"esperienze dolorose di malattia in famiglia"*, o *"esperienze di cattiva cura per i propri familiari"*, o *"esperienze di assistenza ai propri genitori"* che

hanno portato la persona a scegliere di diventare infermiere per redenzione, passione o desiderio di fare la differenza e aiutare gli altri. Altri eventi motivazionali sono stati l'incertezza economica, il "desiderio di un lavoro sicuro, stabile e retribuito" e il ruolo dei media: "Gli spot pubblicitari, le serie TV, i telegiornali hanno sempre parlato dell'infermiere in modo positivo, questo mi ha sempre affascinato e motivato a diventarlo". (P1, 20 anni, studente, evento positivo del gruppo di pari, 16-20 anni).

Effetti nel dominio affettivo

Gli studenti hanno riportato eventi positivi e negativi che hanno influenzato il loro dominio affettivo, cioè le emozioni, i sentimenti, i valori e le attitudini con cui hanno risposto al mondo dell'istruzione e della formazione. Le cause dei loro atteggiamenti o disposizioni verso lo studio e l'apprendimento sono stati indicate dagli studenti quando, ad esempio, hanno fatto riferimento alla scelta del percorso di scuola superiore a causa della pressione familiare o al loro impegno nello studio a causa di forti principi familiari trasmessi.

Anche in questa categoria, gli studenti hanno segnalato eventi positivi e negativi che hanno avuto un effetto sul loro dominio affettivo legato al loro percorso di laurea attuale. "Il riconoscimento del tutor clinico durante il tirocinio mi spinge a impegnarmi di più" (P12, 20 anni, studentessa, evento scolastico positivo, 16-20 anni). "L'evento più difficile secondo me è la morte del paziente. Essere emotivamente distaccati o essere empatici? Ci dicono che dovremmo dosare un atteggiamento e l'altro. È così difficile!" (P21, 23 anni, studentessa, evento scolastico positivo, 21-25 anni). "Un evento negativo che mi ha segnato è stata l'atteggiamento ostile di un'infermiera nei miei

confronti. Mi escludeva dalle spiegazioni che dava agli altri compagni di classe, mi assegnavano compiti da svolgere che non erano di mia competenza. Mi ha bloccato un po' nel tirocinio". (P3, 20 anni, studentessa, evento scolastico negativo, 16-20 anni).

Effetti nel dominio relazionale

Gli studenti hanno segnalato eventi positivi e negativi che hanno avuto un effetto sulla loro capacità di relazionarsi con gli altri nel condividere il loro percorso educativo. Qui, nel rievocare eventi, gli studenti si sono riferiti solo al percorso di laurea attuale. Infatti, il percorso di apprendimento diventava positivo e stimolante quando c'era la condivisione e discussione costruttiva con i compagni di corso e il tutor. Sebbene, da un lato, ci siano state evidenze di una scarsa affinità con i compagni di corso per varie ragioni, d'altro canto, è stato sottolineato che il sostegno dei compagni di corso e del tutor spesso aiutava, nei momenti di difficoltà di apprendimento e di applicazione. Lavorare in un *team* multidisciplinare è importante nell'organizzazione della formazione clinica, tuttavia, alcuni studenti hanno segnalato relazioni contrastanti con il personale, che interferiscono con la relazione e il processo di formazione. "Lavorare in un *team* è cruciale, ma a volte ci sono fraintendimenti che hanno davvero influito sul mio rapporto con loro... con alcuni di loro... infermieri che hanno complicato la mia vita durante il tirocinio" (P12, 20 anni, studentessa, evento lavorativo negativo, 16-20 anni).

La costruzione di un rapporto empatico con il paziente è stato un aspetto fortemente percepito dagli studenti, così come l'aver ricevuto un *feedback* positivo dai pazienti per il lavoro svolto. Infine, la relazione con i parenti dei pazienti, tal-

volta, è stata compromessa ed ha ostacolato il rapporto. "Ricordo una situazione in cui un paziente anziano è stato ricoverato in medicina per uno squilibrio elettrolitico. Era un paziente non autosufficiente e aveva bisogno di cure... ma quello non era il problema... il problema era suo figlio, che era molto esigente e critico su tutto ciò che facevamo 'noi studenti'. Non si fidava, non ci permetteva di avvicinarci e questo ha creato un clima molto teso, rendendo difficile stabilire un rapporto positivo con il paziente" (P1, 20 anni, studente, evento lavorativo negativo, 16-20 anni).

Effetti nel dominio meta-cognitivo

I partecipanti hanno segnalato eventi positivi e negativi che hanno influenzato l'assunzione di consapevolezza sui processi di apprendimento con lo sviluppo delle abilità di pensiero critico. L'acquisizione e l'applicazione dei contenuti teorici nella pratica clinica ha favorito riflessioni stimolando il pensiero critico soprattutto nell'identificazione delle procedure più adatte in determinate situazioni. L'apprendimento sul campo è stata una risorsa decisiva grazie al contatto e al confronto con i vari professionisti che hanno stimolato la riflessione e che hanno diretto la costruzione dell'identità professionale dello studente infermiere. "Quando si passa dalle lezioni teoriche all'azione reale nei reparti clinici, tutto cambia. È come se finalmente stessi mettendo in pratica tutto quel libro di teoria che ho memorizzato. Quindi, quando sei lì, di fronte al paziente, devi prendere delle decisioni, decidere quale procedura seguire, capire cosa è meglio per quella situazione... e devi farlo con l'aiuto di professionisti esperti, quindi impari molto da loro. Ti fanno capire che non tutto ciò che hai imparato nei libri si adatta perfettamente alla realtà.

Qui, impari a pensare criticamente, a valutare ciò che è davvero meglio per il paziente e per te stesso come futuro infermiere” (P40, studente, 24 anni, evento lavorativo positivo 21-25 anni).

La riflessività ha guidato lo studente verso la consapevolezza del proprio percorso e del significato della scelta. La scarsa capacità di gestire la complessità dell’assistenza in determinate nuove situazioni

cliniche sconosciute, ha stimolato lo studente a riflettere, a desiderare di imparare ed a colmare le lacune. L’esperienza di tirocinio ha permesso di riflettere su certe caratteristiche personali che hanno influenzato positivamente il lavoro dello studente. Anche quella legata alla morte e alla sofferenza del paziente ha aiutato a capire, dopo una riflessione appropriata e la metabolizzazione dell’evento, che

l’empatia è diversa dal coinvolgimento totale. *“Ho dovuto affrontare situazioni difficili, anche la morte dei pazienti. Queste esperienze mi hanno fatto riflettere e ho capito che l’empatia significa non solo piangere con loro, ma anche essere in grado di rimanere forti per aiutarli. È stata una dura lezione di vita, ma mi ha insegnato molto” (P22, studentessa, 25 anni, evento lavorativo negativo 21-25 anni).*

Categorie principali	Categorie generali	Codici	f
Effetti nel dominio cognitivo	Sviluppo della conoscenza e comprensione	1. Spiegazioni ricevute dal tutor clinico*	30
		2. Corso di laurea attuale *	10
		3. Seguire un corso per il conseguimento della patente di guida	10
		4. Seguire un corso per lingue straniere	5
		5. Aiuto ricevuto nei compiti quando ero bambino	5
		6. Corso di laurea precedente	4
		7. Partecipare a seminari proposti dall’università *	2
		8. Frequenza di corsi di recupero a scuola	1
	Applicazione delle conoscenze, Analisi e sintesi	9. Acquisizione di competenze durante il tirocinio*	40
		10. Differenziare tra procedure corrette e sbagliate *	40
		11. Preparazione per gli esami universitari *	35
		12. Preparazione per la selezione universitaria*	34
		13. Preparazione per test ed esami al liceo	12
		14. Esperienza lavorativa precedente nel settore sanitario*	13
		15. Esperienza precedente di partecipazione a gruppi di volontariato/gruppi scout *	6
		16. Partecipare a gruppi di studio	6
		17. Erasmus*	4
		18. Discussione delle conoscenze con compagni di corso più esperti*	4
Valutazione	19. Fallimento agli esami universitari *	27	
		20. Esperienza in contesti di tirocinio diversificati *	25
		21. Fallimento agli esami scolastici	17
		22. Feedback correttivi ricevuti durante il tirocinio *	15
		23. Integrazione con culture diverse	4
		24. Ottenere buoni voti superando le limitazioni nell’apprendimento	2
		25. Difficoltà a causa del mio background culturale	2
		26. Ricevere una valutazione negativa del tirocinio *	2
27. Preparazione scolastica precedente inadeguata	1		
Effetti nel dominio motivazionale e	Motivazione nelle scelte del percorso di studio	28. Problemi familiari/personali e lutto *	26
		29. Esperienze di scarsa cura per i membri della famiglia*	12
		30. Imitazione di modelli familiari e degli amici *	7
		31. Passione per la professione*	7
		32. Incertezza economica e assenza di lavoro*	7
		33. Curiosità riguardo ai contenuti teorici e pratici del corso*	6
		34. Desiderio di essere utili agli altri*	6
		35. Esperienze di caregiver in famiglia*	6
		36. Desiderio di essere riconosciuti dagli altri *	5
		37. Spinta o consigli da parte della famiglia e degli amici *	4

		38. Desiderio di realizzarsi*	4
		39. Desiderio di essere coinvolti*	3
		40. Esperienze personali di malattia e solitudine*	3
		41. Influenza dei mass media sull'immagine dell'infermiere *	5
		42. Desiderio di avere un lavoro sicuro, stabile e remunerativo *	2
		43. Ribellione contro la scelta genitoriale nel percorso di studio precedente	2
		44. Desiderio di raggiungere l'indipendenza economica *	1
		45. Mancanza di supporto familiare nel percorso di studio precedente	1
Effetti nel dominio affettivo/emotivo	Cause degli atteggiamenti e delle disposizioni nei confronti dello studio e dell'apprendimento	46. Riconoscimento ricevuto per l'impegno da parte dei docenti *	30
		47. Competenze personali/caratteristiche con cui vengono affrontati gli ostacoli nell'apprendimento o nella formazione	23
		48. Riconoscimento ricevuto per l'impegno dal tutor clinico*	20
		49. Difficoltà nella gestione emotiva durante il tirocinio*	20
		50. Pressione familiare	18
		51. Metodi di studio appresi e adottati	17
		52. Difficoltà organizzative e personali	14
		53. Riconoscimento ricevuto per l'impegno dal personale *	13
		54. Assenza di modelli da imitare durante il tirocinio*	7
		55. Coinvolgimento da parte di insegnanti stimolanti *	6
		56. Principi familiari trasmessi	5
		57. Pandemia (DAD, difficoltà organizzative dell'università) *	4
		58. Bullismo durante il tirocinio*	3
		59. Ambienti di tirocinio poco stimolanti *	2
		60. Scarso riconoscimento da parte degli insegnanti *	2
		61. Confronto con personale poco competente*	1
		62. Personale non disponibile*	1
		63. Sovraccarico di studio *	1
Effetti nel dominio relazionale	Paziente e familiari	64. Costruzione di relazioni positive con pazienti e familiari *	40
		65. Difficoltà relazionali con pazienti e familiari *	16
	Tutor, professori e staff assistenziale	66. Sentirsi seguiti e riconosciuti dallo staff e dai tutor*	22
		67. Bullismo e molestie da parte dello staff*	14
		68. Rapporto conflittuale con lo staff *	8
		69. Conflitto con gli insegnanti *	3
		70. Non sentirsi seguiti dallo staff *	3
		71. Lavoro di squadra*	10
		72. Costruzione di rapporti di fiducia con il tutor *	8
		73. Identificarsi con gli insegnanti *	3
74. Essere trascurati o sottovalutati dallo staff *	16		
Gruppo dei pari	75. Condividere un percorso e confrontarsi *	18	
	76. Relazione frammentata tra compagni di classe *	14	
Effetti nel dominio meta-cognitivo	Consapevolezza del proprio ruolo e percorso	77. Sentirsi come un membro del team di supporto *	28
		78. Confronto positivo con i professionisti *	2
		79. Confronto negativo con lo staff *	1
Locus of control	Pensiero critico	80. Empatia versus coinvolgimento emotivo *	12
		81. Superare le difficoltà di controllo emotivo con pazienti e familiari *	18
		82. Applicare il pensiero critico quando si applicano le conoscenze teoriche alle attività pratiche durante lo stage *	28
		83. Applicare il pensiero critico nell'eseguire procedure in modo sicuro ed efficace *	12
		84. Valutare autonomamente e correttamente una situazione clinica *	8
		85. Confrontarsi con i compagni su ciò che non si comprende*	1
		86. Sentirsi impreparati per un problema *	28
		87. Non sentirsi in grado di gestire pazienti complessi *	7
		88. Feedback severo da parte del tutor*	1
89. Errori commessi durante il tirocinio *	1		

Tabella 3 – Risultati qualitativi: categorie principali e generali e codici
Note: f=frequenze; *=eventi associati con il percorso attuale nel CdL in Infermieristica

Efficacia degli interventi di auto-riflessione e *gamification*

Gli studenti infermieri per quanto riguarda gli strumenti e la metodologia utilizzati durante il laboratorio esperienziale gamificato hanno dichiarato che influiscono positivamente sul *self directed learning* (M 4,25 DS 0,59), sul *self-reflection* nel percorso di studio (M 4,25 DS 0,44), e sull'aumento dell'interazione con i compagni di corso (M 4,48 DS 0,51).

Inoltre, il ruolo del *tutor* universitario durante la lezione esperienziale è stato riconosciuto come "utile" dagli studenti soprattutto come facilitatore alla riflessione sul percorso formativo (M 4,58 DS 0,50), sui punti di forza e di debolezza nell'apprendimento (M 4,43 DS 0,50) e sullo sviluppo della consapevolezza del percorso formativo (M 4,78 DS 0,42). (Tabella 4)

Le risposte date alle due domande sull'interesse e sul divertimento provato nel partecipare all'attività di *gamification* hanno ottenuto, rispettivamente, un punteggio medio di 4,73 (DS 0,45) e 4,83 (DS 0,38).

DISCUSSIONE

In un laboratorio esperienziale gamificato sono stati utilizzati strumenti che facilitano la riflessione e l'autoanalisi del percorso educativo (scelte e apprendimento) degli studenti iscritti al CdL in Infermieristica.

Gli studenti hanno considerato gli strumenti e la metodologia utili per affrontare questo percorso esperienziale, che ha avuto un grande impatto sull'interazione con la classe, sull'apprendimento auto diretto e sull'auto-riflessione diretta al proprio percorso. Inoltre, il ruolo del *tutor* ha facilitato la riflessione sui punti di forza e di debolezza dell'apprendimento, sul percorso di tirocinio e sullo sviluppo della consapevolezza del percorso formativo.

Favorire la riflessione e l'autoanalisi migliora la consapevolezza e l'autonomia degli studenti incoraggiandoli a trovare risorse per colmare le lacune attraverso l'autoanalisi e l'attenzione ai loro processi cognitivi⁽²³⁾.

La *gamification* è stata molto apprezzata e considerata interessante dagli studenti: ciò è in linea con la letteratura, che, non a caso, la considera una metodologia didattica pienamente accettata a livello mondiale, non solo nei contesti educativi ma anche nel *marketing*, nella salute, nella politica e nella formazione aziendale.

Tradurre gli obiettivi educativi in sfide entusiasmanti, seguendo il modello dei videogiochi, con l'assegnazione di punteggi di progresso, è in grado di tirar fuori il meglio di ciascun partecipante, realizzare gli obiettivi senza distrazioni e stimolare motivazione, interesse, creatività, senso di appartenenza e felicità⁽²⁴⁾.

Da quanto riportato dai partecipanti, è evidente che la *gamification* all'interno di un laboratorio espe-

rienziale di auto-riflessione non è dispersiva o distrattiva, anzi. Nella *gamification*, i giocatori vivono una sorta di rapimento, un'"esperienza di flusso", in cui il soggetto è totalmente assorbito dall'attività che sta svolgendo con piacere⁽²⁵⁾.

Gli studenti hanno riportato numerosi eventi, esprimendo il desiderio di narrare la loro esperienza clinica ed educativa, condividere le loro emozioni e sensazioni con qualcuno (compagni di classe e tutor) e avere supporto e orientamento.

La "Tabella e il Grafico degli eventi", insieme a una valida *tutorship*, promuovono lo sviluppo della riflessività del discente, cioè lo orientano verso la comprensione del proprio contesto e delle proprie azioni, favorendo le domande prima ancora di cercare le risposte appropriate⁽²⁶⁾.

Il tutor, grazie a questi due strumenti riflessivi, facilita non solo la formazione e l'orientamento, ma diventa un mediatore dell'apprendimento tra la dimensione della conoscenza e quella dell'esperienza, in particolare attraverso processi di (auto) riflessività⁽²⁷⁾.

Il percorso riflessivo e autoanalitico degli studenti ha individuato eventi positivi e negativi che influenzano diverse aree della vita degli studenti, molti dei quali incidono sul percorso educativo attualmente intrapreso. Emergono così, da una parte, informazioni interessanti e nuove su numerosi aspetti, mentre, dall'altra, vengono confermate quelle già riportate in letteratura.

Nel dominio dello sviluppo della conoscenza e della comprensione, sono riportati i contenuti appresi durante il corso, i seminari universitari e le spiegazioni fornite dai *tutor*. Nel dominio dell'analisi e della sintesi emergono la preparazione agli esami che aiuta ad analizzare e sintetizzare ciò che è stato appreso durante le lezioni,

Variabile	Media (SD)
La metodologia impiegata ha favorito:	
Apprendimento auto diretto	4.25 (0.59)
Riflessione critica sul percorso educativo/formativo	4.25 (0.44)
Miglioramento del rapporto con i compagni di classe	4.48 (0.51)
Crescita personale	3.08 (0.62)
Miglioramento del <i>feedback</i> con il <i>tutor</i>	3.75 (0.98)
Miglioramento del <i>feedback</i> con i compagni di classe	3.33 (0.53)
L'intervento del tutor ha facilitato:	
Costruzione di rapporti positivi	3.65 (0.48)
Riflessione sui punti di forza e di debolezza nell'apprendimento	4.43 (0.50)
Riflessione sul percorso formativo	4.58 (0.50)
Sviluppo della consapevolezza del percorso formativo	4.78 (0.42)
Visualizzazione delle scelte formative mancate o effettuate	4.25 (0.74)
Metodologia di <i>gamification</i>:	
Interesse	4.73 (0.45)
Divertimento	4.83 (0.38)

Tabella 2 – Risultati del questionario di *feedback*

Note: M = mean; SD = standard deviation

le precedenti esperienze lavorative nel campo della salute o il volontariato che consentono di analizzare le competenze già acquisite per utilizzarle nel percorso attuale. Nel campo della valutazione, emergono le esperienze fatte durante il tirocinio per cui si è stati valutati negativamente, ma che permettono allo studente di elaborare le motivazioni, valutare gli errori e correggerli durante il corso. Nel campo motivazionale, in particolare, emergono le esperienze di malattia in famiglia, le esperienze negative, personali o familiari, nell'assistenza ricevuta e il ruolo di *caregiver* familiare assunto; alcuni di questi aspetti sono in linea con la letteratura quando si indagano le motivazioni della scelta del CdL in Infermieristica nella "Gen Z"⁽²⁸⁾.

Le esperienze di *caregiver* familiare, in particolare, sono un aspetto nuovo che emerge rispetto ad altri studi che confermano invece motivazioni prosociali, come l'idea di aiutare l'altro e il desiderio di crescita personale (29-31) e strumentali, come la capacità di trovare facilmente lavoro^(29,31).

Nel campo emotivo, l'importanza dei riconoscimenti e dei *feedback* positivi ricevuti dai *tutor* clinici, dagli insegnanti e dallo staff di assistenza incoraggia gli studenti a continuare il percorso di studio. Inoltre, influisce positivamente dal lato affettivo-emotivo l'essere stimolati dalle lezioni con insegnanti coinvolgenti. L'impatto negativo, invece, è legato alle difficoltà di gestire emotivamente la morte dei pazienti e affrontare i tirocini in contesti assistenziali impegnativi a livello emotivo come, ad esempio, nelle Terapie Intensive e in Oncologia.

Nel campo relazionale, emergono le influenze dei rapporti con i pazienti e i loro familiari, le relazioni con il tutor clinico, i professori e

lo staff e la relazione con il gruppo dei pari. Sia nella sfera emotiva che relazionale, emergono episodi di bullismo e il loro impatto durante il corso. La letteratura suggerisce che gli episodi di bullismo siano frequenti tanto all'interno dei gruppi di pari quanto nei contesti di tirocinio clinico e consistono, principalmente, in mancanza di rispetto, essere derisi o trattati come persone incapaci⁽³²⁾. Questi episodi sono in grado di influenzare l'apprendimento e lo studio, inducendo sentimenti di rabbia, tristezza, perdita di motivazione, influenzando la vita personale dello studente e abbassando i livelli di autostima e autoefficacia⁽³³⁻³⁵⁾.

Nel campo metacognitivo, gli studenti segnalano eventi che hanno contribuito alla consapevolezza del ruolo e del percorso, sviluppato il *locus of control* (LOC) sulle emozioni e il pensiero critico e hanno riflettuto sulle lacune teorico-pratiche.

Il *locus of control*, secondo la letteratura, influisce sui risultati degli studenti; gli studenti con un LOC interno si sentono potenti nelle loro prestazioni formative/educative e hanno un alto livello di *achievement*, mentre gli studenti con un forte LOC esterno credono che il basso livello di prestazioni sia legato alla trasmissione insufficiente di contenuti teorico-pratici da parte dell'Università o ad altri fattori esterni^(36,37).

Limiti

Com'è pensabile, ci sono alcune limitazioni in questo studio.

In primo luogo, solo due sedi didattiche e 40 studenti di Infermieristica hanno partecipato allo studio: ciò potrebbe avere creato un *bias* di selezione del campione non catturando probabili, ulteriori aspetti presenti in un campione più ampio e sedi didattiche diversificate.

Le variabili di selezione del nostro

campione erano sesso, età e anno di corso, tuttavia, non aver considerato altre variabili confondenti, come la cultura, la nazionalità dello studente, le condizioni familiari che potrebbero rendere complicato il percorso (presenza di bambini piccoli in famiglia, neo-mamme, ecc.), potrebbe aver creato *bias* nell'interpretazione dei risultati.

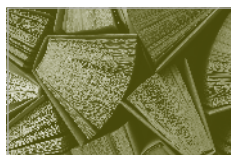
CONCLUSIONI

L'uso di una metodologia esperienziale basata sulla *gamification*, facilitata dalle competenze del *tutor*, ha creato un ambiente di apprendimento interattivo e pratico che favorisce lo sviluppo delle abilità di pensiero critico e di orientamento. Questo studio, dunque, ha dimostrato che tale approccio può essere promettente per promuovere la riflessione sul proprio percorso negli studenti infermieri.

Un approccio che non solo incoraggia gli studenti ad esplorare il loro passato in modo più approfondito, ma li aiuta anche a costruire un'identità di futuri infermieri informati e individui consapevoli delle proprie scelte di percorso.

Queste metodologie educative-formative possono essere utilizzate in ambiti accademici e formativi più ampi per promuovere la *self directed learning* e la *self-reflection* come parte integrante del processo educativo degli studenti infermieri appartenenti alla "generazione Z".

Gli autori e i co-autori dichiarano l'assenza di conflitto di interesse e di non aver ricevuto finanziamenti per la stesura di questo articolo.



Bibliografia

1. Saeedi M, Ghafouri R, Tehrani F.J, Abedini Z, The effects of teaching methods on academic motivation in nursing students: A systematic review. *J Educ Health Promot.* 2021;10:271.
2. Girelli L, Alivernini F, Salvatore S, Cozzolino M, Sibilio M, Lucidi F, Affrontare i primi esami: motivazione, supporto all'autonomia e percezione di controllo predicono il rendimento degli studenti universitari del primo anno. *ECPS - Educ Cult Psychol Stud.* 12 dicembre 2018;18:7.
3. Piazza R, Rizzari S, L'orientamento formativo come antidoto alla dispersione universitaria. *Ann Della Fac Sci Della Formazione Univ Degli Studi Catania.* 5 ottobre 2020;19(0):47–65.
4. Biasin C, Adultià, riflessione critica e apprendimento trasformativo. *MeTis Mondì Educ Temi Indagini Suggest* [Internet]. giugno 2016 [citato 26 maggio 2024]; Disponibile su: <https://doi.org/10.12897/01.00109>
5. La Rocca C, ePortfolio: Conoscersi, presentarsi, rappresentarsi. *Narrare, condividere, includere.* In *epoca digitale.* Roma TrE-Press; 2020. 149 p.
6. Batini F, Alberici A, Grimaldi A, Falsini A, Capecci G, Michelotti S et al, *Manuale per orientatori. Metodi e scenari per l'em-powerment personale e professionale.* Trento: Erickson; 2005. 305 p.
7. Batini F, Del Sarto G, *Narrazioni di narrazioni. Orientamento narrativo e progetto di vita.* Trento: Erickson; 2005. 130 p.
8. Bruner J, *La fabbrica delle storie: Diritto, letteratura, vita.* Gius. Laterza & Figli Spa; 2015. 62 p.
9. La Rocca C, Capobianco R, ePortfolio: l'utilizzo delle nuove tecnologie per favorire processi di apprendimento autodiretti. *CQIIA Riv.* 5 novembre 2019;26:138–52.
10. La Rocca C, ePortfolio: l'uso di ambienti online per favorire l'orientamento in itinere nel percorso universitario. *Ital J Educ Res.* 4 ottobre 2015;14:157–74.
11. Deterding S, Khaled R, Nacke L, Dixon D, *Gamification: Toward a definition.* Vol. 12. 2011. 1–79 p.
12. Hamari J, Koivisto J, *Social motivations to use gamification: An empirical study of gamifying exercise.* *ECIS 2013 - Proceedings of the 21st European Conference on Information Systems.* 2013.
13. Brull S, Finlayson S, Kostelec T, MacDonald R, Krenzischek D, *Using Gamification to Improve Productivity and Increase Knowledge Retention During Orientation.* *J Nurs Adm.* settembre 2017;47(9):448–53.
14. Williams C.A, *Nurse Educators Meet Your New Students: Generation Z.* *Nurse Educ.* 2019;44(2):59–60.
15. Seemiller C, Grace M, *Generation Z Goes to College.* John Wiley & Sons; 2015. 325 p.
16. Chunta K, Shellenbarger T, Chicca J, *Generation Z Students in the Online Environment: Strategies for Nurse Educators.* *Nurse Educ.* 1 aprile 2021; 46(2):87–91.
17. Adams S.P, Du Preez R, *Supporting Student Engagement Through the Gamification of Learning Activities: A Design-Based Research Approach.* *Technol Knowl Learn.* 1 marzo 2022;27(1):119–38.
18. Signori G, Guimarães J, Severo E, Rotta C, *Gamification as an innovative method in the processes of learning in higher education institutions.* *Int J Innov Learn.* 1° gennaio 2018;24:115.
19. World Medical Association, *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects.* *Bull World Health Organ.* 2001;79(4):373–4.
20. IBM Corp. *SPSS Statistics 26.0 Fix Pack 1* [Internet]. 2021 [citato 26 maggio 2024]. Disponibile su: <https://www.ibm.com/support/pages/spss-statistics-260-fix-pack-1>
21. Lumivero. *Nvivo* [Internet]. 2014 [citato 26 maggio 2024]. Disponibile su: <https://lumivero.com/products/nvivo/>
22. Elo S, Kyngäs H, *The qualitative content analysis process.* *J Adv Nurs.* aprile 2008;62(1):107–15.
23. Re G.L, *Didattica Problem Based Learning vs didattica tradizionale: effetti sul pensiero critico degli studenti di Infermieristica.* *L'Infermiere.* 29 novembre 2022;59(5):1–9.
24. McGonigal J, *Reality Is Broken: Why Games Make Us Better and How They Can Change the World.* Penguin; 2011. 301 p.
25. Csikszentmihalyi M, Montijo M.N, Mouton A.R, *Flow theory: Optimizing elite performance in the creative realm.* In: *APA handbook of giftedness and talent.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2018. p. 215–29. (APA handbooks in psychology®).
26. Artioli G, Artioli F, *Autobiografia e apprendimento in tirocinio.* 2016.
27. Fontana A, *Metodo autobiografico: fra ricerca e formazione.* *Riv Aif Formazione LUGDIC 2000.* 2000;1000–7.
28. Lommi M, Ricci S, Ivziku D, Filomeno L, Badolamenti S, Notarnicola I et al, *Factors Influencing Generation Z Bachelor of Nursing Students' Decision to Choose Nursing as a Career: A Pilot Study.* *SAGE Open Nurs.* 4 aprile 2024;10:23779608241242246.
29. Wilkes L, Cowin L, Johnson M, *The reasons students choose to undertake a nursing degree.* *Collegian.* 1 settembre 2015;22(3):259–65.
30. Pitt V, Powis D, Levett-Jones T, Hunter S, *Factors influencing nursing students' academic and clinical performance and attrition: An integrative literature review.* *Nurse Educ Today.* 1 novembre 2012;32(8):903–13.
31. Jirwe M, Rudman A, *Why choose a career in nursing?* *J Adv Nurs.* luglio 2012;68(7):1615–23.
32. Scardoelli M, Ferracini C, Pimentel R, Silva J, Nishida F, *Nursing academics' experience in face of moral harassment.* 23 maggio 2020;11:551–8.
33. Courtney-Pratt H, Pich J, Levett-Jones T, Moxey A, *"I was yelled at, intimidated and treated unfairly": Nursing students' experiences of being bullied in clinical and academic settings.* *J Clin Nurs.* marzo 2018;27(5–6):e903–12.
34. Sanner-Stiehr E, *Responding to disruptive behaviors in nursing: A longitudinal, quasi-experimental investigation of training for nursing students.* *Nurse Educ Today.* settembre 2018;68:105–11.

35. Smith C.R, Gillespie G.L, Brown K.C, Grubb P.L, Seeing Students Squirm: Nursing Students' Experiences of Bullying Behaviors During Clinical Rotations. *J Nurs Educ.* 1 settembre 2016;55(9):505–13.
36. Hasan S.S, Khalid R, EBSCOhost | 97285442 | Academic Locus of Control of High and Low Achieving Students. *JRRE.* giugno 2014;8(1):22–33.
37. Pardede J.A, Simanjuntak G.V, Locus of Control with Learning Achievement Student Nurse. *Health Sci J.* 16 novembre 2020;14(5):744–9.

La *Patient Safety Culture* degli infermieri nel contesto perioperatorio: uno studio trasversale

The Patient Safety Culture of perioperative setting nurses: a cross-sectional study

Chiara Guarino, RN, laureata in Infermieristica presso Università "Sapienza", Roma

Irene Dello Iacono, RN, MSN, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Aurora Frassia, RN, MSN, Gruppo Operatorio, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Marzia Tucci, RN, laureata in Infermieristica presso Università "Sapienza", Roma

Giulia Sortino, RN, Gruppo Operatorio, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Arianna Anzini, RN, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Paolo Mazzuca, RN, Incarico Organizzativo Gruppo Operatorio, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Rita Patrizia Tomasin, RN, MSN, Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Gabriele Caggianelli, RN, MSN, PhD, Incarico Organizzativo Dipartimento delle Professioni Sanitarie, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Parole chiave

Cultura, Sicurezza, Peri-operatorio, Patient Safety Culture

Keywords

Culture, Safety, Perioperative, Patient Safety Culture

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Gli eventi avversi legati all'assistenza sanitaria rappresentano una delle principali cause di morte e invalidità nei pazienti ospedalizzati, soprattutto nel contesto perioperatorio.

La letteratura propone la *Patient Safety Culture* come strategia per ridurre tali eventi e garantire la sicurezza del paziente.

Tuttavia, il tema è ancora poco esplorato in tale ambito.

Il presente studio si propone di descrivere proprio il livello della PSC percepita dagli infermieri che lavorano in ambito perioperatorio.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha adottato un disegno trasversale, correlazionale e monocentrico. La raccolta dati è av-

venuta tra aprile 2023 e gennaio 2024, presso un ospedale per acuti del centro Italia.

Sono stati arruolati 66 infermieri operanti in ambito perioperatorio e chirurgico ai quali è stato somministrato il questionario *Hospital Survey of Patient Safety Culture*. I dati sono stati analizzati con il *software* statistico SPSS, versione 26.0, considerando significativo un valore di $p < 0,05$.

RISULTATI

Il campione era prevalentemente costituito da infermieri laureati, di genere femminile e di area chirurgica.

La partecipazione allo studio è stata buona (40%); le dimensioni Supervisore/Responsabile (65%) e Supporto Manageriale (64%) sono risultate le più soddisfacenti, seguite da lavoro di squadra all'interno delle Unità (63%) e Personale/Organico (63%).

Le aree di miglioramento includevano: Apertura nella comunicazione (54%) e Lavoro di squadra tra le Unità (54%), mentre Comunicazione del *feedback* (48%) e Risposta non punitiva agli errori (33%) risultavano critiche.

Sono state trovate correlazioni positive significative tra comunicazione, lavoro di squadra e percezioni complessive di sicurezza.

CONCLUSIONI

Questi risultati potrebbero rappresentare il punto di partenza per sviluppare interventi mirati a promuovere la *Patient Safety Culture* tra gli infermieri nei *setting* chirurgici e perioperatori. **Comprendere il livello di *Patient Safety Culture* potrebbe essere il primo passo per migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti, influenzando positivamente i loro *outcome* clinici.** Tuttavia, i limiti dello studio non permettono la generalizzazione dei risultati: sono necessarie ulteriori ricerche per approfondire un fenomeno emergente, che impatta sulla salute dei pazienti.

ABSTRACT INTRODUCTION AND AIMS

Adverse events related to healthcare are one of the main causes of death and disability in hospi-

talized patients, especially in the perioperative setting. Literature suggests Patient Safety Culture as a strategy to reduce such events and ensure patient safety. However, Patient Safety Culture remains an underexplored topic in this area. The aim of this study is to describe the levels of perceived Patient Safety Culture among nurses in the perioperative setting.

MATERIAL AND METHODS

This study used an cross-sectional, correlational, and single-center design. Data collection occurred from april 2023 to january 2024 at an acute care hospital in central Italy. A total of 66 nurses working in perioperative and surgical settings were recruited and administered the Hospital Survey of Patient Safety Culture. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 26.0), with a p-value < 0.05 considered statistically significant.

RESULTS

The sample was predominantly composed of female nurses with university degrees, mostly from surgical areas. Participation in the study was good (40%). Supervisor Manager (65%) and Management Support (64%) were the most satisfactory dimensions, followed by Teamwork Within Units (63%) and Staffing (63%). Areas for improvement included Communication Openness (54%) and Teamwork Across Units (54%), while Feedback Communication (48%) and Non-punitive Response to Errors (33%) were critical. Significant positive correlations were found between communication, teamwork, and overall perceptions of safety.

CONCLUSIONS

These results could be a starting point for developing targeted inter-

ventions aimed at promoting Patient Safety Culture among nurses in surgical and perioperative settings. Understanding the level of Patient Safety Culture could be the first step towards improving care quality and patient safety, thereby positively affecting clinical outcomes. However, the study's limitations prevent the generalization of results, thus further research is needed to investigate this emerging phenomenon impacting patient health.

INTRODUZIONE

La "cultura" è un concetto complesso, discusso da molti studiosi nel corso dei secoli.

Molti l'hanno definita "come una regola non scritta nella vita sociale esistente in diversi contesti": per questo, resta difficile da definire in modo univoco, assumendo un significato a seconda dell'ambito a cui si riferisce.¹

In ambito sanitario, per esempio, si parla di *Patient Safety Culture* (PSC), ovvero la "cultura della sicurezza del paziente", per indicare quell'insieme di credenze, valori e comportamenti, individuali e organizzativi, messi in atto dal personale sanitario per garantire la sicurezza dei pazienti.²

A riportare, per la prima volta, il concetto di "cultura della sicurezza" è stato l'*International Nuclear Safety Advisory Group* che, nel suo Rapporto successivo al disastro di Chernobyl nel 1986, mostrò quanto l'elemento umano nella sicurezza fosse stato il fattore principale a causare il disastro³.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sicurezza del paziente significa: "riduzione a un livello minimo accettabile del rischio di danni inutili legati all'assistenza sanitaria".⁴

Secondo l'OMS, gli eventi avversi legati all'assistenza sanitaria rappresentano una delle ragioni

sostanziali di morte e invalidità dei pazienti ospedalizzati.⁵ Viene definito evento avverso: “qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di ricovero, con prolungamento del periodo di degenza, peggioramento delle condizioni di salute o morte”.⁶

Il numero segnalato di eventi avversi con il danno per i pazienti è elevato, è dovuto principalmente a errori sanitari evitabili ed è influenzato dal grado di sicurezza stabilito nelle istituzioni.⁷

La tematica della PSC sta assumendo, dunque, sempre più rilevanza, se si pensa che il 16% dei pazienti ospedalizzati sperimenta almeno un errore durante la degenza.⁸ Inoltre, la letteratura mostra quanto la maggior parte degli esiti avversi sulla salute si verificano negli ambienti molto critici, caratterizzati da particolare complessità⁹ come i *setting* chirurgico/peri-operatorio¹⁰.

Recenti stime globali indicano che, ogni anno, più di sette milioni di persone vanno incontro a complicanze chirurgiche e, di questi, più di un milione muore.¹¹

Secondo l'*Higher Authority of Health*, l'origine degli errori in questo ambito non è tanto legata ad una mancanza di competenze, quanto a quella di una certa “cultura della sicurezza”.¹²

In diversi Paesi del mondo - come in Europa e negli Stati Uniti - sono state condotte numerose ricerche sulla cultura della sicurezza in ambito peri-operatorio.¹³ Questi studi, spesso, esaminano come le percezioni, le comunicazioni e le azioni degli operatori sanitari influenzino la sicurezza dei pazienti durante i periodi pre-operatorio, intra-operatorio e post-operatorio.¹⁴

In particolare, si è visto che, tra gli aspetti che influenzano maggior-

mente la “cultura della sicurezza dei pazienti”, ci sono le convinzioni e le abitudini adottate dai membri dell'organizzazione, i modi in cui gli errori vengono affrontati e se ne trae insegnamento, nonché l'impegno e lo stile manageriale dell'organizzazione.¹⁵

Inoltre, alcuni studi hanno evidenziato quanto una comunicazione efficace, il lavoro di squadra, le condizioni di lavoro soddisfacenti e il supporto della *leadership*¹⁶ favoriscano una “cultura della sicurezza” ben sviluppata e contribuiscano alla crescita e all'adozione di misure preventive, all'apprendimento organizzativo e all'eliminazione dell'approccio punitivo agli errori¹⁵.

In Italia, studi sulla PSC sono relativamente recenti e la valutazione delle sue diverse percezioni e dimensioni ha permesso di orientare le politiche sanitarie verso l'adozione di pratiche più sicure.¹⁷ Tuttavia, la ricerca che affronta il tema della PSC in ambito perioperatorio è ancora poco rappresentata, soprattutto per quanto riguarda la percezione da parte del *team* infermieristico. Indagare il livello della PSC percepita dagli infermieri in ambito peri-operatorio e le sue relazioni potrebbe contribuire in modo significativo ad ampliare la conoscenza sui possibili interventi da implementare per promuovere la PSC tra gli infermieri nel *setting* perioperatorio, così da migliorare la qualità dell'assistenza e, di conseguenza, gli *outcome* clinici dei pazienti.¹⁸

Alla luce di quanto detto, è stata sviluppata la seguente domanda di ricerca: “qual è la percezione degli infermieri sulla ‘cultura della sicurezza del paziente’ in un ambiente perioperatorio?”.

Il presente studio si propone di descrivere proprio il livello della PSC percepita dagli infermieri che lavorano in ambito perioperatorio.

STRUMENTI E METODI

Disegno dello studio

Lo studio ha usato un disegno trasversale, correlazionale, monocentrico ed è stato redatto secondo le raccomandazioni della *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Campionamento e setting

Il reclutamento dei partecipanti allo studio è stato effettuato mediante campionamento non probabilistico e di convenienza.

La popolazione che ha partecipato all'indagine era composta da infermieri che lavorano in ambito peri-operatorio, ovvero nelle sale operatorie e nei Reparti chirurgici di una struttura sanitaria per acuti dell'Italia centrale.

Il questionario somministrato raccoglieva sia i dati socio-demografici che quelli relativi alle variabili di interesse. Il tasso di risposta al questionario è stato del 40%, per un totale di 66 infermieri che hanno compilato e restituito il questionario, su un campione di 165 infermieri idonei.

Nello studio, sono stati inclusi infermieri che prestavano assistenza diretta ai pazienti nelle Unità operative di Chirurgia, sia turnisti che non turnisti, con contratti part-time, a tempo determinato e indeterminato. Sono stati esclusi gli infermieri non operanti in ambito ospedaliero nell'area chirurgica, i neoassunti in prova e gli studenti.

Raccolta dati

La raccolta dei dati è iniziata nell'aprile 2023 ed è durata fino a gennaio 2024: se n'è occupato un assistente di ricerca, che ha ricevuto una formazione da un ricercatore esperto sulle modalità di conduzione dello studio.

L'indagine *web* è stata condotta utilizzando la piattaforma Google Forms.

I partecipanti hanno fornito il consenso all'uso dei dati raccolti prima di prendere parte allo studio, poi sviluppato in conformità con la Dichiarazione di Helsinki.

Strumenti

Lo strumento *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC)¹⁹ è stato sviluppato e creato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e rappresenta anche il più diffuso strumento di raccolta dati validato per misurare la *Patient Safety Culture* (PSC) negli ospedali e nelle strutture sanitarie.

Negli ultimi anni, numerosi studi di ricerca hanno utilizzato tale strumento per indagare il livello di sicurezza, tanto a livello ospedaliero quanto all'interno di un Reparto. Si tratta di un questionario valido e affidabile che fornisce informazioni rilevanti sulla cultura della sicurezza nell'ambiente sanitario¹⁶.

Per questo studio è stato utilizzato il test di coerenza interna alfa di Cronbach per l'intera scala che ha indicato una coerenza affidabile (alfa di Cronbach 0.91). L'HSOPSC si compone di 42 domande concepite per indagare la "cultura della sicurezza" in 12 dimensioni: *Openness in Communication* (1); *Feedback Communication* (2); *Frequency of Events* (3); *Handoffs and Transitions* (4); *Management Support* (5); *Nonpunitive Response to Errors* (6); *Organizational Learning* (7); *Overall Perceptions* (8); *Staffing Levels* (9); *Supervisor and Manager Support* (10); *Teamwork Across Units* (11); *Teamwork Within Units* (12).

A queste, sono state aggiunte domande relative alle caratteristiche demografiche dei partecipanti.

Analisi dei dati

È stata effettuata un'attenta verifica dei dati prima dell'analisi statistica, al fine di esaminare le

frequenze di ciascuna variabile e di identificare i dati mancanti, gli errori o gli *outlier*.

Le caratteristiche sociodemografiche sono state presentate con le misure di tendenza centrale e dispersione più appropriate: media \pm deviazione *standard* per le variabili continue normalmente distribuite, mediana e intervallo interquartile per le variabili non normali e frequenze per le variabili nominali.

Il questionario comprendeva domande positive e negative, nonché *item* in forma negativa, per i quali, però, lo *score* doveva essere invertito.

Inoltre, sebbene ogni *item* fosse valutato su una scala Likert da 1 a 5, le risposte sono state ricodificate in tre categorie: (1) negative: "Forte disaccordo e disaccordo"; (2) neutro: "Neutro"; (3) positivo: "Accordo e Forte Accordo".

La punteggiatura per ogni dimensione della scala è stata calcolata applicando la seguente formula:

Numero di risposte (negativa, neutra o positiva) agli elementi in una dimensione;

Numero totale di risposte agli elementi in una dimensione.

Pertanto, un elemento o una dimensione sono stati considerati un punto di forza se: oltre il 75% delle risposte positive ("Accordo" e "Forte Accordo") alle domande positive; oltre il 75% delle risposte negative ("Forte Disaccordo" e "Disaccordo") alle domande negative. Viceversa, un elemento o una dimensione sono stati considerati un punto di debolezza se: più del 50% delle risposte negative ("Fortemente in disaccordo" e "Disaccordo") alle domande positive; più del 50% delle risposte positive ("Accordo" e "Fortemente in accordo") alle domande negative.

Per l'analisi delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente di Pearson, con un livello di significatività di $\alpha = 0.05$. L'analisi è stata

eseguita con SPSS versione 25 e con *Excel*.

Considerazioni etiche

Questo studio è stato condotto rispettando i principi etici internazionali, garantendo la riservatezza e l'anonimato dei dati dei partecipanti e, prima della partecipazione, è stato ottenuto il consenso informato scritto.

La Direzione del Polo Didattico ha autorizzato alla somministrazione dei questionari (rif. 2022-612).

I dati sono stati analizzati aggregati e utilizzati esclusivamente ai fini dello studio e nessuna informazione sarà mai condivisa con soggetti esterni.

Ciò, garantendo un'adeguata tutela della *privacy*.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Di 165 infermieri che rispondevano ai criteri di arruolamento, solo il 40% ($n=66$) ha portato a termine il questionario ed è stato incluso nello studio.

Dai risultati è emerso quanto la maggior parte del campione fosse di genere femminile, con un'età media di 38 anni ($DS= 10.6$) e laureato, mentre solo la metà aveva frequentato un Master.

In merito all'esperienza lavorativa, il campione si distribuiva in modo eterogeneo: il 28,8% aveva un'esperienza lavorativa tra 1 e 5 anni; il 21,2% da 6 a 10 anni; il 19,7% da 16 a 20 anni; il 18,2% oltre i 21 anni; il 7,6% da 11 a 15 anni e solo un'esigua percentuale lavorava da meno di un anno.

Inoltre, la maggior parte del campione lavorava da 20 a 38 ore settimanali e il 74,2% lavorava in Unità operativa chirurgica, mentre solo il 25,8% lavorava nel *setting* peri-operatorio.

Infine, la metà del campione percepiva un livello di sicurezza "molto buono". (Tabella 1)

Caratteristiche del campione		
	n°	%
Genere		
Femmina	49	74,2
Maschio	16	24,2
Età (media; DS)	-	38.3 (10.6)
Istruzione		
Diploma Regionale	6	9,1
Diploma Universitario	6	9,1
Laurea Triennale	54	81,8
Formazione post-base		
Dottorato di Ricerca	2	3
Laurea Magistrale	8	12,1
Master	34	51,5
Anni di lavoro		
meno di 1 anno	3	4,5
da 1 a 5 anni	19	28,8
da 6 a 10 anni	14	21,2
da 11 a 15 anni	5	7,6
da 16 a 20 anni	13	19,7
oltre i 21 anni	12	18,2
Anni lavoro unità Operativa		
da 1 a 5 anni	34	51,5
da 11 a 15 anni	8	12,1
da 16 a 20 anni	2	3
da 6 a 10 anni	9	13,6
meno di 1 anno	10	15,2
oltre i 20 anni	3	4,5
Ore settimanali		
da 20 a 38 ore settimanali	50	75,8
da 39 a 59 ore settimanali	15	22,7
meno di 20 ore settimanali	1	1,5
Unità Operativa		
Blocco operatorio	17	25,8
Unità Operativa chirurgica	49	74,2
Livello di sicurezza percepito		
Accettabile	25	37,9
Eccellente	2	3
Molto buono	33	50
Scarso	6	9,1

Tabella 1 – Caratteristiche del campione

	Media	DS
D1 <i>Communication_Openness</i>	3,5	1,1
D2 <i>Feedback_Communication</i>	2,9	0,8
D3 <i>Frequency_events</i>	3,3	1,2
D4 <i>Handoffs_Transitions</i>	2,9	0,6
D5 <i>Management_Support</i>	3,8	0,7
D6 <i>Nonpunitive_Response_Error</i>	2,8	1,0
D7 <i>Organizational_Learning</i>	3,6	0,8
D8 <i>Overall_Perceptions</i>	3,6	0,9
D9 <i>Staffing</i>	3,7	0,7
D10 <i>Supervisor_Manager</i>	3,6	0,9
D11 <i>Teamwork_Across_Units</i>	2,9	0,7
D12 <i>Teamwork_Within_Units</i>	3,6	0,8

Tabella 2 – Descrizione delle dimensioni dell'HSOPSC
Legenda: Dimensioni (D)

Descrizione delle dimensioni dell'HSOPSC

La dimensione *Communication Openness* ha registrato una media di 3.5 (DS= ± 1.1). Per *Feedback Communication*, la media è stata di 2.9 (DS= ± 0.8).

La *Frequency of Events* ha ottenuto una media di 3.3 (DS= ± 1.2), mentre *Handoffs and Transitions* ha avuto una media di 2.9 (DS= ± 0.6). Il *Management Support* è stato valutato con una media di 3.8 (DS= ± 0.7). La dimensione *Nonpunitive Response to Errors* ha mostrato una media di 2.8 (DS= ± 1.0). *Organizational Learning* ha raggiunto una media di 3.6 (DS= ± 0.8) e le *Overall Perceptions* hanno avuto una media simile di 3.6 (DS= ± 0.9). Per quanto riguarda *Staffing*, è stata registrata una media di 3.7 (DS= ± 0.7). *Supervisor Manager* ha ottenuto una media di 3.6 (DS= ± 0.9). La media per *Teamwork Across Units* è stata di 2.9 (DS= ± 0.7) e, infine, *Teamwork Within Units* ha avuto una media di 3.6 (DS= ± 0.8). (Tabella 2)

Percentuale di risposte positive

Le dimensioni *Supervisor Manager* (D10) e *Management Support* (D5) sono state ritenute tra le più soddisfacenti all'interno della struttura, con punteggi rispettivamente del 65% e del 64%. Anche *Teamwork Within Units* (D12) e *Staffing* (D9) hanno mostrato percentuali elevate, entrambe al 63%. *Organizational Learning* (D7) e *Overall Perceptions* (D8) hanno registrato risposte moderatamente positive, con percentuali del 59% e del 57% rispettivamente. La dimensione *Communication Openness* (D1), con un punteggio del 54%, e *Teamwork Across Units* (D11), anch'essa al 54%, indicano aree in cui vi è spazio per miglioramenti. *Frequency of Events* (D3) ha riportato un risultato esattamente a metà, con il 50%, suggerendo spunti per un

	%
D1 <i>Communication_Openness</i>	54%
D2 <i>Feedback_Communication</i>	48%
D3 <i>Frequency_events</i>	50%
D4 <i>Handoffs_Transitions</i>	34%
D5 <i>Management_Support</i>	64%
D6 <i>Nonpunitive_Response_Error</i>	33%
D7 <i>Organizational_Learning</i>	59%
D8 <i>Overall_Perceptions</i>	57%
D9 <i>Staffing</i>	63%
D10 <i>Supervisor_Manager</i>	65%
D11 <i>Teamwork_Across_Units</i>	54%
D12 <i>Teamwork_Within_Units</i>	63%

Tabella 3 – Percentuali media di risposte positive dell'HSOPSC
Legenda: Percentuali medie di risposte positive

miglioramento. *Feedback Communication* (D2) al 48%, *Handoffs and Transitions* (D4) al 34%, e *Nonpunitive Response to Errors* (D6) al 33% sono state identificate come aree critiche che richiedono azioni mirate per migliorare la cultura della sicurezza del paziente. (Tabella 3)

Correlazioni tra le dimensioni dell'HSOPSC

Sono state calcolate le correlazioni tra le variabili dello studio che possono essere esaminate nella Tabella 4. È stata riscontrata una correlazione positiva moderata tra *Communication Openness* e *Overall Perceptions* ($r = .646, p < 0.01$), suggerendo che livelli più alti di *Communication Openness* erano associati a livelli più alti di *Overall Perceptions*.

Correlazioni tra le dimensioni dell'HSOPSC e le caratteristiche demografiche e lavorative degli infermieri

	Età	Anni di lavoro	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	PSg
Età	-														
Anni di lavoro	.786**	-													
D1	.119	.171	-												
D2	-.044	.003	.413**	-											
D3	.080	.117	.409**	.477**	-										
D4	-.041	-.186	.145	-.082	.175	-									
D5	-.072	-.096	.268*	.143	.194	.094	-								
D6	.147	.264*	.609**	.295*	.360**	.148	.288*	-							
D7	.136	.087	.396**	.357**	.324**	-.035	.266*	.215	-						
D8	.031	.105	.646**	.544**	.553**	.166	.262*	.417**	.644**	-					
D9	.110	.087	.508**	.293*	.303*	.197	.263*	.343**	.404**	.674**	-				
D10	-.109	-.018	.472**	.402**	.248*	.231	.384**	.435**	.366**	.483**	.381**	-			
D11	.095	.188	.551**	.404**	.412**	.033	.141	.556**	.289*	.669**	.462**	.416**	-		
D12	-.082	-.011	.552**	.465**	.301*	.201	.201	.333**	.466**	.719**	.710**	.482**	.515**	-	
PSg	.323**	.274*	.479**	.320**	.367**	.207	.128	.230	.500**	.637**	.561**	.278*	.507**	.557**	-

**La correlazione è significativa a livello 0,01

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Note: D1, *Communication Openness*; D2, *Feedback Communication*; D3, *Frequency events*; D4, *Handoffs Transitions*; D5, *Management Support*; D6, *Nonpunitive Response Error*; D7, *Organizational Learning*; D8, *Overall Perceptions*; D9, *Staffing*; D10, *Supervisor Manager*; D11, *Teamwork Across Units*; D12, *Teamwork Within Units*; PSg, *Patient Safety grade*

Tabella 4 – Correlazioni tra le dimensioni dell'HSOPSC e le caratteristiche demografiche e lavorative degli infermieri

Ciò significava che, all'aumentare dell'apertura nella comunicazione, aumentavano le percezioni complessive sulla sicurezza.

Allo stesso modo, *Feedback Communication* e *Overall Perceptions* mostravano una correlazione positiva moderata ($r = .544, p < 0.01$). Ciò significava che, all'aumentare del *feedback* e della comunicazione, aumentavano le percezioni complessive sulla sicurezza.

È emersa anche una correlazione positiva moderata tra *Frequency of Events* e *Overall Perceptions* ($r = .553, p < 0.01$). Ciò significava che, all'aumentare della frequenza degli eventi, aumentavano le percezioni complessive sulla sicurezza.

In definitiva, **le percezioni complessive sulla sicurezza aumentavano se c'era una maggiore apertura nella comunicazione, un maggiore feedback e se gli eventi erano frequentemente segnalati.**

Il *Teamwork Within Units* aveva una correlazione forte e positiva con le *Overall Perceptions* ($r = .719, p < 0.01$), indicando che, all'aumentare del lavoro di squadra all'interno delle Unità, aumentavano le percezioni generali positive sulla sicurezza. Anche il *Teamwork Across Units* mostrava una correlazione forte con le *Overall Perceptions* ($r = .669, p < 0.01$), quindi, anche all'aumentare del lavoro di squadra tra le Unità, aumentano le percezioni complessive sulla sicurezza. In definitiva, quindi, **le percezioni complessive sulla sicurezza aumentavano con un miglior lavoro di squadra tra e all'interno delle Unità.** Una correlazione forte era quella trovata tra *Staffing* e *Overall Perceptions* ($r = .674, p < 0.01$): infatti, all'aumentare della dotazione di personale, aumentavano le percezioni positive sulla sicurezza.

La *Nonpunitive Response to Error* mostrava una correlazione "mode-

rata" con la *Communication Openness* ($r = .609, p < 0.01$), suggerendo che un ambiente in cui gli errori non venivano puniti era associato a una maggiore apertura nella comunicazione. Inoltre, c'era una correlazione "debole" tra *Nonpunitive Response to Error* e *Frequency of Events* ($r = .360, p < 0.01$).

L'*Organizational Learning* mostrava correlazioni "deboli" con *Communication Openness* ($r = .396, p < 0.01$), *Feedback Communication* ($r = .357, p < 0.01$) e *Frequency of Events* ($r = .324, p < 0.01$), suggerendo che l'apprendimento organizzativo era associato a migliori pratiche di comunicazione e alla frequenza degli eventi. Il *Management Support* aveva correlazioni "deboli" con *Nonpunitive Response to Error* ($r = .288, p < 0.05$) e *Staffing* ($r = .263, p < 0.05$), indicando che il supporto gestionale aumentava con una risposta non punitiva agli errori e all'aumentare della dotazione di personale.

La *Patient Safety Grade* presentava una correlazione "moderata" con le *Overall Perceptions* ($r = .637, p < 0.01$), suggerendo che valutazioni più alte della sicurezza del paziente erano associate a percezioni generali "positive". Inoltre, la *Patient Safety Grade* mostrava una correlazione "moderata" con il *Teamwork* ($r = .557, p < 0.01$) e il *Teamwork Across Units* ($r = .507, p < 0.01$). Questo significava che le valutazioni della sicurezza aumentavano all'aumentare del lavoro di squadra, sia tra che all'interno delle Unità. (Tabella 4)

DISCUSSIONE

La PSC è un aspetto cruciale nell'ambito sanitario, soprattutto nelle aree peri-operatorie dove la complessità delle procedure richiede un'elevata attenzione e coordinamento da parte del personale infermieristico.

Lo scopo di questo studio è stato, perciò, quello di valutare il livello della cultura della sicurezza del paziente percepita dagli infermieri che lavorano nei *setting* chirurgico e perioperatorio.

Il numero di studi che hanno valutato la *Patient Safety Culture* nell'ambiente peri-operatorio è esiguo, e, in particolare, si tratta di quelli condotti in Turchia²⁰, negli Stati Uniti e in Nigeria²¹. Le percezioni sulla "cultura della sicurezza" sono state valutate attraverso diversi fattori del questionario *Hospital Survey on patient safety surgery culture* (HSOPSC)³, tra cui la comunicazione, la frequenza degli eventi, il supporto della direzione, la risposta agli errori, l'apprendimento organizzativo e altri. Alcuni lavori hanno utilizzato strumenti di indagine diversi dall'HSOPSC, e tuttavia, il confronto non è stato possibile anche a causa delle differenze nelle componenti dei fattori. Le analisi hanno restituito punteggi generalmente positivi, con alcune aree di moderata variabilità nelle risposte.

Le dimensioni con i punteggi più alti nel nostro studio sono state *Supervisor/Manager Expectations* (65%) e *Management Support* (64%).

Questi risultati indicano una percezione positiva del supporto da parte dei supervisori e della gestione, superando i punteggi del 50.3% rilevati in altri studi.

Al contrario, le dimensioni con i punteggi più bassi sono state *Nonpunitive Response to Error* (33%) e *Handoffs and Transitions* (34%). Tuttavia, *Nonpunitive Response to Error*, nel nostro studio, è simile rispetto a quanto nello studio statunitense (38%) e significativamente più alto rispetto al 17% rilevato in altri studi internazionali. Mentre l'*Handoffs and Transitions* ha ottenuto un punteggio inferiore rispetto a Nwosu et al. (46.8%), ma superiore rispetto a Pimentel et al. (30%).

Communication Openness ha ottenuto il 54%, simile a Pimentel et al. (58%) e superiore rispetto ad altri studi che riportano il 27.4%. Questo indica un buon livello di apertura nella comunicazione rispetto alla media internazionale. *Feedback and Communication about Error* ha registrato il 48%, superiore al 34% degli Stati Uniti e simile al 46.1% di altri studi. Abbiamo riscontrato una certa variabilità nel grado di percezione della “cultura della sicurezza del paziente” da parte degli infermieri (percentuale positiva) tra le diverse dimensioni, come peraltro riscontrato in altri studi.

Ciò conferma che la “cultura della sicurezza del paziente” è un fenomeno globale che, tuttavia, ha bisogno di essere misurato e affrontato a livello locale.

Per questo motivo, i manager clinici dovrebbero introdurre interventi mirati a rafforzare le dimensioni più deboli della cultura della sicurezza. Sono state anche esaminate le correlazioni tra diverse dimensioni della “cultura della sicurezza” e le caratteristiche demografiche e professionali degli infermieri: è emerso che **la percezione positiva della sicurezza del paziente è correlata a una valutazione favorevole del numero di personale infermieristico e alla qualità della supervisione e gestione.**

Inoltre, una comunicazione aperta è stata associata positivamente alla collaborazione tra diverse Unità, suggerendo l'importanza di una comunicazione trasparente per migliorare il lavoro di squadra e la fiducia, diminuendo anche la risposta punitiva all'errore. Ma, nonostante il buon livello generale della “cultura della sicurezza del paziente” riscontrato nel nostro studio, non è ancora stato raggiunto un livello ottimale. Questo è emerso anche in altri studi condotti in contesti simili.

In quello condotto da Palmieri et al⁹

è stato evidenziato che, sebbene siano presenti alcuni indicatori positivi (il supporto della direzione e il lavoro di squadra all'interno delle Unità), ci sono ancora margini di miglioramento, come nella comunicazione aperta e nella risposta non punitiva agli errori.

Lo stesso è stato riscontrato nello studio di Kaafarani et al², che ha evidenziato una “cultura della sicurezza del paziente” meno sviluppata tra gli infermieri di Sala Operatoria. Questi confronti sottolineano la necessità continua di sforzi per migliorare tale “cultura”, al fine di garantire un ambiente sanitario sicuro e di qualità per tutti i pazienti. Un altro studio, quello di Bagnasco et al², invece, ha evidenziato una “cultura della sicurezza del paziente” più debole tra gli infermieri del Reparto chirurgico. In tale contesto, la percezione della sicurezza del paziente è stata inferiore rispetto a quanto osservato nel nostro studio, suggerendo che le sfide possono variare notevolmente tra le diverse Unità operative. Anche in questo studio, però, sono emerse ambiti di miglioramento simili, come la necessità di una comunicazione più aperta e una risposta meno punitiva agli errori.

Ovviamente, questo studio non è privo di limiti: anzitutto, il numero esiguo del campione e il fatto che il disegno fosse monocentrico, che non permette di generalizzare i risultati. Inoltre, l'utilizzo di un questionario *self-report* potrebbe introdurre un potenziale *bias*. Al fine di poter superare queste limitazioni in futuro, sarebbe opportuno condurne uno multicentrico, tenendo conto anche di altri *setting* e coinvolgendo un numero maggiore di partecipanti.

CONCLUSIONI

Il presente studio si proponeva di descrivere il livello della PSC percepita dagli infermieri che lavoravano

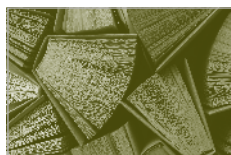
nel *setting* peri-operatorio: un argomento poco indagato in letteratura. In particolare, i risultati hanno dimostrato che la comunicazione trasparente migliorava il lavoro di squadra, aumentava la fiducia e diminuiva la risposta punitiva all'errore. Insomma, un modo per imparare dagli errori è condividerli con chiarezza attraverso la discussione.

Quello che è stato trovato è che il livello della sicurezza del personale in un ambiente del peri-operatorio è ottimale, circa del 60%. Un dato che spiega i risultati positivi, ma bisogna ricordare che un'altra parte non raggiunge i livelli ottimali.

Questa ricerca, perciò, può fornire una piattaforma per comprendere e spiegare meglio i fenomeni, pur non riuscendo a fornire risposte conclusive a tutte le nostre domande riguardanti la “cultura della sicurezza del paziente”.

I risultati ottenuti potrebbero essere un punto di partenza per sviluppare interventi mirati, volti a promuovere la cultura organizzativa orientata alla sicurezza tra gli infermieri del *setting* chirurgico e perioperatorio. Infatti, **capire quale sia il livello di “cultura della sicurezza” presente tra il personale infermieristico nell'ambito del peri-operatorio, potrebbe essere il primo passo per migliorare la qualità dell'assistenza, la sicurezza dei pazienti e, automaticamente, i loro outcome clinici.** Tuttavia, i limiti dello studio non permettono la generalizzazione dei risultati e, pertanto, sarebbero auspicabili ulteriori indagini, al fine di indagare un fenomeno così emergente che impatta molto sulla salute delle persone ricoverate.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi e di non aver ricevuto alcun finanziamento per la stesura di quest'articolo.



Bibliografia

- 1 Geertz C, The interpretation of cultures selected essays. New York Basic Books; 1973.
- 2 Sorra J, Nieva V, Hospital survey on patient safety culture (Prepared by Westat, under Contract No.290-96-0004). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
- 3 International Atomic Energy Agency, Safety Series No.75 INSAG-4 Safety Culture. Vienna, Austria: IAEA; 1991.
- 4 World Health Organization, World Health Organization [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2024. Available from: <https://www.who.int/>
- 5 Bahar S, Önler E, Turkish surgical nurses' attitudes related to patient safety: A questionnaire study. Niger J Clin Pract. 2020;23(1):92-7.
- 6 Istituto Superiore di Sanità (ISS), Gestione del rischio clinico [Internet]. Available from: <https://www.iss.it/gestione-del-rischio-clinico/-/categories/4559913>
- 7 Marinho M.M, Radünz V, Barbosa S de F.F, Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014;23(3):581–90. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WGFBwKb4LvhM75WqX8SNyb/?lang=en>
- 8 Jha A.K, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates D.W, Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care. 2010;19(1):42-7.
- 9 Jung J.J, Elfassy J, Jüni P, Grantcharov T, Adverse events in the operating room: definitions, prevalence, and characteristics. A systematic review. World J Surg. 2019;43(9):2379-92.
- 10 Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D, The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events-a scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):521.
- 11 Weiser T.G, Gawande A, Excess Surgical Mortality: Strategies for Improving Quality of Care. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015. p. 279-305.
- 12 Haute Autorité de Santé, La sécurité des patients: mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. 2012. Available from: https://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/autre-document-lorem-ipsium-dolor-sit-amet/
- 13 Waterson P, Giuliani F, Meier M, Van Vegten-Schmalzl A, Patient safety culture: theory, methods and application. Boca Raton: CRC Press; 2017.
- 14 Alrasheadi B, Alamri M, Aljohani K, Al-Dossary R, Albaqawi H, Alharbi J et al, Nurses' perception of safety culture in medical-surgical units in hospitals in Saudi Arabia. Medicina (Kaunas). 2022;58(7):897.
- 15 Borba Netto C, Severino F, Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2016;29(3):334-41. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849134004>
- 16 Tavares A, Moura E, Avelino F, Lopes V, Nogueira L, Patient safety culture from the perspective of the nursing team. Rev Rene. 2018;19:e3152.
- 17 Bagnasco A, Tibaldi L, Chirone P, Chiaranda C, Panzone M, Tangolo D et al, Patient safety culture: an Italian experience. J Clin Nurs. 2011;20(7-8):1188–95.
- 18 Ünver S, Yenigün S, Patient safety attitude of nurses working in surgical units: A cross-sectional study in Turkey. J Perianesth Nurs. 2020;35(4):334-42.
- 19 Palmieri P, Leyva-Moral J, Camacho-Rodriguez D, Granel-Gimenez N, Ford E.W, Mathieson K.M et al, Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. BMC Nurs. 2020;19(1):23.
- 20 Teles M, Kaya S, Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. Afr Health Sci. 2019;19(2):2208-18.
- 21 Nwosu A, Ossai E, Ahaotu F, Onwuasoigwe O, Amucheazi A, Akhideni I, Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1445

Le esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono counseling dagli infermieri

Raccomandazioni*

- Gli infermieri dovrebbero fornire informazioni personalizzate ai pazienti oncologici basate sulle loro preoccupazioni individuali e assicurarsi che le informazioni siano comprensibili e organizzate in sezioni facilmente assimilabili. **(Grado A)**
- Gli infermieri dovrebbero orientare i pazienti verso i processi del sistema sanitario che supportano la continuità delle cure e garantire loro accesso alle risorse di supporto ospedaliere e comunitarie. **(Grado A)**
- Gli infermieri dovrebbero instaurare una relazione di fiducia con il paziente oncologico, poiché ciò facilita il loro ruolo come "persona di riferimento" nel percorso di cura del paziente. **(Grado A)**
- Gli infermieri dovrebbero ricevere una formazione che fornisca loro conoscenze e competenze per somministrare tecniche di psicoeducazione e psicoterapia (come la terapia cognitivo-comportamentale) per gestire il disagio psico-emozionale nei pazienti oncologici. **(Grado B)**
- La scrittura espressiva (tramite diario, blog, email, ecc.) potrebbe essere proposta ai pazienti come mezzo per elaborare e condividere pensieri e sentimenti reattivi legati alla patologia oncologica. **(Grado B)**
- Gli infermieri dovrebbero fornire una cura olistica ai pazienti oncologici, riconoscendoli come individui unici e guardando oltre la loro malattia. **(Grado B)**
- Le istituzioni sanitarie dovrebbero considerare il counseling dei pazienti come un aspetto importante del carico lavorativo quotidiano degli infermieri e creare opportunità affinché gli infermieri possano migliorare in questo ambito di cura. **(Grado B)**
- Gli infermieri dovrebbero chiarire il proprio ruolo, scopo e funzione ai pazienti oncologici affinché essi possano utilizzare i servizi infermieristici in modo appropriato, in base alle loro necessità. **(Grado B)**

*Definizione dei [Gradi di Raccomandazione JBI](#)

Fonte Informativa

Questo documento rappresenta la traduzione di un foglio informativo sulle migliori evidenze pubblicato sul JBI EBP Database.¹ Il documento originale è una sintesi di una revisione sistematica pubblicata nel 2018 nel JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports database JBI.²

Background

Ricevere una diagnosi di una condizione potenzialmente letale, come un cancro, può portare a numerose sfide e difficoltà psico-emozionali, come il senso di colpa, la perdita dei ruoli e la paura esistenziale. Tra il 30% e il 40% dei pazienti oncologici soffre di disturbi dell'umore, tra cui ansia e depressione, che possono essere moderati tramite il counseling psicoterapeutico.

Il counseling, basato su empatia, accettazione incondizionata e autenticità, coinvolge le persone in una riflessione critica per aiutare loro a comprendere il problema e trovare le proprie soluzioni. L'obiettivo del counseling è migliorare le capacità di adattamento della persona attraverso l'acquisizione di competenze come il problem-solving, il processo decisionale e la comunicazione.

Il rinvio ai servizi psichiatrici per il counseling può risultare intimidatorio per i pazienti oncologici, a causa dello stigma associato all'essere etichettati con un disturbo mentale, il che può generare riluttanza nel cercare aiuto. Inoltre, il numero dei

counselor specializzati in aree come l'assistenza oncologica negli ospedali è ancora limitato.

Per questo motivo, sta emergendo una tendenza crescente a estendere il ruolo degli infermieri nella cura psicosociale. Gli infermieri sono particolarmente adatti a fornire counseling, in quanto hanno una conoscenza approfondita del cancro e dei trattamenti correlati, inclusi i loro effetti collaterali.

La maggior parte degli infermieri ha ricevuto anche una formazione sulla comunicazione terapeutica e sul counseling di base. Gli infermieri risultano spesso meno minacciosi per i pazienti rispetto ai professionisti della salute mentale. Con l'aumento dell'incidenza del cancro e il riconoscimento del suo impatto psicosociale, potrebbe essere considerata l'espansione del ruolo degli infermieri per affrontare formalmente le esigenze di assistenza psico-emozionale dei pazienti oncologici. Tuttavia, prima di adottare questa prospettiva, è importante comprendere meglio le esperienze dei pazienti oncologici che ricevono counseling dagli infermieri. Queste informazioni possono essere utilizzate per orientare le pratiche future e migliorare l'assistenza oncologica.

Le esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono counseling dagli infermieri

Obiettivo

Lo scopo di questo documento informativo sulle migliori pratiche è presentare le evidenze più recenti riguardo le esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono counseling da parte di infermieri.

Fenomeno di interesse

La revisione sistematica ha considerato studi che includono le esperienze di pazienti adulti (di almeno 18 anni) con diagnosi di qualsiasi tipo di tumore, in qualsiasi stadio della malattia, che abbiano ricevuto counseling da infermieri, sia in contesti ospedalieri che comunitari. Le sessioni di counseling comprendevano l'educazione del paziente su argomenti legati al tumore, la psicoeducazione per promuovere la salute mentale positiva e/o il supporto per migliorare le capacità di adattamento del paziente.

Qualità della ricerca

Tutti gli studi inclusi sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando strumenti e criteri di valutazione standardizzati. I revisori hanno incluso solo gli studi che soddisfacevano i seguenti criteri di valutazione critica: coerenza tra la metodologia di ricerca e la domanda/obiettivi di ricerca, coerenza tra la metodologia di ricerca e il metodo di raccolta dati, coerenza tra la metodologia di ricerca e la rappresentazione/analisi dei dati, coerenza tra la metodologia di ricerca e l'interpretazione dei risultati, adeguata rappresentazione dei partecipanti e delle loro voci e conclusioni che derivano dall'analisi/interpretazione dei dati. La qualità degli studi inclusi è risultata moderata o elevata, con una carenza di qualità principalmente dovuta all'assenza di dichiarazioni che identificassero i ricercatori e la loro influenza sulla ricerca.

Risultati

Sono stati inclusi nella revisione 14 studi qualitativi; gli studi sono stati condotti nel Regno Unito (n=5), in Canada (n=2), in Norvegia (n=2), in Svezia (n=1), in Irlanda (n=1), negli Stati Uniti (n=1), in Australia (n=1) e a Hong Kong (n=1). Sono stati estratti un totale di 60 risultati qualitativi e le loro illustrazioni. Dei 60 risultati estratti, 54 erano inequivocabili, 5 erano credibili e 1 non era supportato, quindi non è stato incluso nella sintesi finale. I restanti 59 risultati estratti sono stati organizzati in 13 categorie e poi raggruppati per generare 5 risultati sintetizzati.

Il primo risultato sintetizzato ha indicato che gli infermieri forniscono informazioni personalizzate e psicoeducazione ai pazienti per migliorare le loro capacità di affrontare la malattia. I partecipanti hanno riportato che il counseling infermieristico ha chiarito i loro sintomi e le loro esperienze corporee, insegnando loro strategie di autocura adattativa e gestione dei sintomi. Hanno anche riferito che gli infermieri li hanno orientati nel sistema sanitario, guidandoli nei processi dell'ospedale/ambulatori. I pazienti hanno anche beneficiato dell'accesso alle risorse ospedaliere e comunitarie che hanno supportato il loro adattamento.

Il secondo risultato sintetizzato ha indicato che gli infermieri si occupano delle esigenze emotive dei pazienti. I partecipanti hanno percepito di ricevere energia positiva dagli infermieri e di potersi liberare da pensieri e sentimenti disturbanti. Oltre alla comunicazione verbale con gli infermieri, hanno trovato la scrittura espressiva un mezzo prezioso per riorganizzare i loro pensieri e sentimenti difficili. Durante il counseling infermieristico, i pazienti hanno anche appreso competenze di problem solving e pensiero

positivo.

Il terzo risultato sintetizzato ha rivelato che gli infermieri hanno assunto il ruolo di persone significative per i pazienti, sostenendoli e stabilizzandoli psico-emotivamente durante il loro percorso oncologico. I pazienti hanno trovato conforto nell'essere seguiti dagli infermieri e si sono sentiti veramente accuditi. Hanno anche ritenuto estremamente prezioso avere un infermiere che li seguisse dalla diagnosi fino alla dimissione.

Il quarto risultato sintetizzato ha mostrato che i pazienti si sono sentiti valorizzati e considerati oltre la loro malattia. Hanno anche apprezzato il fatto che gli infermieri li ascoltassero e dedicassero del tempo a comprendere il quadro complessivo della loro situazione come persone che affrontano la loro patologia, e che fossero incoraggiati a condividere i loro problemi senza sentirsi sminuiti.

Il quinto e ultimo risultato sintetizzato ha indicato che l'ambiguità del ruolo infermieristico e le limitazioni di tempo ostacolano le possibilità di counseling. I pazienti erano confusi riguardo lo scopo dei diversi contatti con gli infermieri (ad esempio, se fossero assistenti del medico o più un supporto amministrativo) e si sentivano riluttanti a esprimere le loro preoccupazioni, temendo di creare inconvenienti agli infermieri.

Conclusioni

Questa revisione sistematica ha dimostrato che le esperienze dei pazienti oncologici con il counseling fornito dagli infermieri sono state generalmente positive e preziose per il loro processo di adattamento. I pazienti hanno descritto i ruoli e le funzioni cruciali degli infermieri durante il decorso della malattia oncologica e come il counseling degli infermieri abbia contribuito a migliorare la loro salute fisica e psico-emotiva e il loro benessere. È emerso che una relazione di fiducia tra infermiere e paziente e un approccio olistico sono fattori chiave per migliorare le cure oncologiche. I pazienti hanno apprezzato il ruolo aggiuntivo dell'infermiere come guida nei servizi sanitari e hanno trovato utili per il loro adattamento la psicoeducazione, le tecniche semplici di terapia cognitivo-comportamentale (come il pensiero positivo e la risoluzione dei problemi), la scrittura espressiva e la comunicazione verbale faccia a faccia con gli infermieri.

Implicazioni per la pratica

I risultati di questa revisione supportano il ruolo degli infermieri nel fornire counseling terapeutico ai pazienti oncologici adulti per migliorare le loro capacità di affrontare la malattia. Gli infermieri dovrebbero continuare a offrire cure olistiche e costruire relazioni di fiducia con i pazienti oncologici, poiché svolgono un ruolo significativo nella gestione della salute psico-emotiva di questo gruppo di pazienti. Nell'ambito di questo ruolo, gli infermieri dovrebbero fornire psicoeducazione personalizzata, garantire che i pazienti ricevano informazioni comprensibili e assimilabili, e implementare tecniche psicoterapeutiche appropriate. Inoltre, dovrebbero assistere i pazienti nell'orientarsi nel sistema sanitario durante il decorso della propria malattia e fornire accesso alle risorse necessarie e adeguate sia all'interno dell'ospedale che nella comunità. Le istituzioni sanitarie dovrebbero offrire opportunità di sviluppo professionale per gli infermieri, affinché possano acquisire competenze nell'applicazione di tecniche psicoeducative e psicoterapeutiche ai pazienti oncologici.

Le esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono counseling dagli infermieri

Conclusioni

Genitori e caregivers svolgono un ruolo chiave nella cura e nella gestione dell'asma dei loro figli e i risultati di questa revisione evidenziano le pressioni emotive e psicologiche che devono affrontare. La formazione è necessaria per sviluppare conoscenze, fiducia e abilità nella gestione dell'asma e per comprendere e riconoscere i sintomi, evitare i fattori scatenanti e somministrare farmaci appropriati. Genitori e caregivers si aspettano che gli operatori sanitari forniscano ai loro figli un'assistenza di alta qualità, culturalmente appropriata, tenendo conto delle loro opinioni e preoccupazioni. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale un approccio di partenariato tra genitori, caregivers e operatori sanitari, in cui vengano enfatizzati i bisogni individuali e non solo la malattia.

Implicazioni per la pratica

I risultati di questa revisione forniscono una comprensione più profonda dell'esperienza e delle fasi che genitori e caregivers attraversano mentre negoziano il significato di avere un bambino con l'asma. Questi risultati dovrebbero essere utilizzati per informare e migliorare i servizi, fornire supporti e programmi al fine di garantire ai genitori e ai caregivers che i propri bambini ricevano cure di alta qualità da professionisti sanitari competenti e informati, per garantire loro di ricevere il sostegno di cui hanno bisogno dalle scuole e dai contesti educativi, così come istruzione e supporto di cui hanno bisogno per avere fiducia nelle proprie capacità e abilità nel prendersi cura del proprio bambino affetto da asma.

POPOLAZIONE

Adulti con diagnosi di qualsiasi tipo di tumore e in qualsiasi stadio di malattia.

FENOMENO DI INTERESSE

Esperienze di ricezione di counseling (educazione correlata al tumore, psicoeducazione, counseling di supporto) fornito dagli infermieri

CONTESTO/SETTING

Ospedale o contesti di comunità

SINTESI DEI RISULTATI

Gli infermieri forniscono informazioni e insegnamenti personalizzati per migliorare la capacità di adattamento dei pazienti



Gli infermieri si occupano dei bisogni emotivi dei pazienti



L'ambiguità del ruolo infermieristico e le limitazioni associate al tempo riducono le possibilità di counseling da parte degli infermieri

Gli infermieri assumono il ruolo di una persona significativa nel percorso di cura dei pazienti



I pazienti si sentono valorizzati come persone nella loro interezza e sono stati incoraggiati a condividere i loro problemi

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

INFORMAZIONI E RISORSE

- ▶ Gli infermieri dovrebbero:
- ▶ Fornire informazioni personalizzate che siano di facile comprensione. **[Grado A]**
- ▶ Orientare i pazienti verso le risorse ospedaliere e comunitarie. **[Grado A]**



COUNSELING

- ▶ Le istituzioni sanitarie dovrebbero supportare l'educazione al counseling e creare opportunità affinché gli infermieri possano fornire counseling. **[Grado B]**
- Gli infermieri dovrebbero:
- ▶ Migliorare le conoscenze e le competenze per gestire il distress psico-emotivo. **[Grado B]**
 - ▶ Suggestire ai pazienti la scrittura espressiva. **[Grado B]**



ASSISTENZA OLISTICA

- Gli infermieri dovrebbero:
- ▶ Costruire una relazione di fiducia per facilitare il ruolo di "persona significativa" per il paziente. **[Grado A]**
 - ▶ Spiegare il loro ruolo, scopo e funzione. **[Grado B]**
 - ▶ Riconoscere i loro pazienti come individui unici, al di là della loro malattia. **[Grado B]**



Le esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono counseling dagli infermieri

Riferimenti

1. Lizarondo L. Best Practice Information Sheet. Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses. JBI EBP Database. 2020 [updated 2023]; 22(8):1-4
2. Tay LH, Ong AKW, Lang DSP. Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses: a qualitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018;16(10):1965-2012.

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 Centre of Excellence

Come citare questo foglio informativo:

Lizarondo L. Best Practice Information Sheet. Le Esperienze dei pazienti adulti oncologici che ricevono counseling dagli infermieri [Best Practice Information Sheet] Tradotto da: Accettone R, Caggianelli G, Cesare M, Fiorini J, Sferrazza S, Kusumam P, D'Angelo D JBI EBP Database. 2024; 3(3):1-4 LOTE. Original published 2020 [Updated 2023].



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 © 2024, 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 Accettono, 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 per lo *screening* e la diagnosi del tumore della mammella (*adoption* linee guida europee). Raccomandazioni fasce di età e intervalli

(Roma, 28 settembre 2023)

INTRODUZIONE

Le Linee guida europee sullo *screening* mammografico¹ esistono da oltre 20 anni e forniscono, agli Stati Membri, le indicazioni per l'organizzazione dei programmi di *screening*, come richiesto dalla Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea del 2 dicembre 2003.

A partire dal 2016, le raccomandazioni (*European Breast Cancer Guidelines on Screening and Diagnosis*-in seguito: Linee Guida Europee)² sono sviluppate con il metodo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) e il *framework* GRADE *Evidence to Decision* (EtD)³, lo stesso richiesto dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) per l'accettazione di linee guida nel sistema previsto dalla legge 24/2017 ("Legge Gelli").

Quindi, considerata la disponibilità di linee guida di riferimento dal punto di vista istituzionale e comunitario che presentano anche le caratteristiche richieste per l'inclusione nel sistema italiano, e la contestuale assenza di documenti analoghi sviluppati a livello nazionale, si è ritenuto utile attivare un processo di adozione e adattamento attraverso una procedura di *adoption*⁴, così come raccomandato dal Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC)⁵.

OBIETTIVI DELLA LG

Il progetto si pone l'obiettivo di migliorare la qualità dello *screening* mammografico organizzato in Italia, favorendo l'erogazione di attività clinica in accordo alle migliori evidenze.

Per ottenere questo risultato è necessario favorire l'adozione e l'implementazione delle raccomandazioni delle linee guida nei programmi di *screening* italiani, sia a livello di politiche regionali sia a livello di prassi nelle realtà locali, attraverso la diffusione istituzionale di raccomandazioni adattate o adottate dalle Linee Guida Europee, o svilup-

pate *de-novo* con la stessa metodologia, in coerenza con l'assetto metodologico e istituzionale di SNLG.

DESTINATARI

- Ministero della Salute
- Regioni
- Conferenza Stato-Regioni
- Coordinamento interregionale di prevenzione
- Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie
- Associazioni di cittadini e pazienti.

GRUPPO DI LAVORO

Il promotore dell'iniziativa è l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), la società scientifica referente è il Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa).

METODOLOGIA

Le Linee Guida Europee, cioè le linee guida di partenza per il processo di *adoption*, sono composte da circa 74 raccomandazioni, che coprono differenti aree/processi del percorso di diagnosi precoce del cancro della mammella. Il CTS si è confrontato rispetto all'ambito di interesse (scope) delle linee guida candidate all'*adoption* per valutare se mantenere lo stesso interesse per le linee guida nazionali oppure evidenziare eventuali aree carenti o, al contrario, non prioritarie. Le raccomandazioni delle Linee Guida Europee possono essere "adottate" oppure "adattate". Adozione: la direzione e la forza della raccomandazione non sono modificate. Nel caso di raccomandazioni "a condizione", in cui le condizioni per preferire un'opzione siano di carattere contestuale (disponibilità di risorse, costo efficacia, impatto organizzativo), il gruppo di lavoro può declinare quali siano le attuali condizioni del contesto italiano; modifiche sostanziali nel contesto potrebbero portare ad un adattamento della raccomandazione; adattamento: sono modificate la direzione e/o la forza della raccomandazione.



RISULTATI

Di seguito, le raccomandazioni su fasce di età e intervalli derivanti prodotte dal *panel* Italiano.

Quesito di ricerca 1:

Lo screening mammografico organizzato vs nessuno screening mammografico dovrebbe essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 40 e 44 anni?

Popolazione: donne di età compresa tra 40 e 44 anni

Intervento: lo *screening* mammografico organizzato

Confronto: nessuno *screening*

Esiti attesi:

- mortalità per cancro della mammella (*short case accrual*);
- mortalità per cancro della mammella (*case accrual* più lungo disponibile);
- mortalità per altra causa;
- cancro della mammella stadio IIA o superiore;
- cancro della mammella stadio III+ or dimensione del tumore ≥ 40 mm;
- tasso di mastectomie;
- effettuazione di chemioterapia;
- sovradiagnosi (*long case accrual*);
- qualità della vita (derivata dagli effetti psicologici);
- effetti avversi dei falsi positivi (*distress* psicologico);
- effetti avversi dipendenti dai falsi positivi (biopsie e chirurgia)

Nella raccomandazione di una Conferenza di consenso italiana⁸, sull'opportunità di estendere lo *screening* mammografico, si riportava che poteva essere presa in considerazione di farlo nella fascia 40-49, a patto che fossero disponibili le risorse necessarie, che si fornisse alle donne una congrua informazione sui pro ed i contro dello *screening*, che l'intervallo fosse annuale e che fosse data priorità alla fascia delle 45-49enni. In un *Position paper* europeo⁶, inoltre, è riportato che si sostiene lo *screening* mammografico nelle donne 50-69enni e che è suggerito anche quello dai 40-45 ai 49 anni.

I dati di PASSI (<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/lo-screening-della-mammella-visto-dapassi>) evidenziano un aumento delle pratiche di diagnosi precoce nelle donne italiane di età inferiore ai 50 anni. Infatti, l'indagine Passi relativa al 2018 evidenzia che, nella fascia *pre-screening*, il 64% delle donne 40-49enni ha riferito di aver effettuato una mammografia almeno una volta nella vita (51% nelle 40-44enni e 75% nelle 45-49enni) e il 31% riferisce di averla effettuata nell'ultimo anno, con un 24% nelle 40-44enni e un 38% nelle 45-49enni. Nell'aggiornamento delle Linee Guida sulla diagnosi precoce del tumore della mammella dell'*American Cancer Society*, pubblicato su JAMA nel 2015⁷ e basata su dati di incidenza e sopravvivenza negli USA, emerge che la fascia di età 40-44 anni, in termini di distribuzione percentuale di anni di vita persi a causa del tumore della mammella per età alla diagnosi, presenta valori intorno al 13% ed inferiori sia alla fascia delle 45-49enni che a quella delle 50-54enni.

QUESITO 1: Dovrebbe lo *screening* mammografico organizzato vs nessuno *screening* essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 40 e 44 anni?

RACCOMANDAZIONE 1

Per le donne asintomatiche di età compresa tra 40 e 44 anni, il *panel* italiano non raccomanda la mammografia di *screening* nel contesto di un programma di *screening* organizzato. Escluse le donne con condizione di rischio eredo-famigliare accertato e in carico a percorsi dedicati.

Raccomandazione debole, bassa certezza dell'evidenza



Quesito di ricerca 2:

Dovrebbe lo screening mammografico organizzato vs nessuno screening mammografico essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni?

Popolazione: donne di età compresa tra 45 e 49 anni

Intervento: lo *screening* mammografico organizzato

Confronto: nessuno *screening*

Esiti attesi:

- mortalità per cancro della mammella (*short case accrual*);
- mortalità per cancro della mammella (*case accrual* più lungo disponibile);
- mortalità per altra causa;
- cancro della mammella stadio IIA o superiore;
- cancro della mammella stadio III+ or dimensione del tumore ≥ 40 mm;
- tasso di mastectomie;
- effettuazione di chemioterapia;
- sovradiagnosi (*long case accrual*);
- qualità della vita (derivata dagli effetti psicologici);
- effetti avversi dei falsi positivi (*distress* psicologico);
- effetti avversi dipendenti dai falsi positivi (biopsie e chirurgia)

Nella raccomandazione di una Conferenza di consenso italiana⁸ sull'opportunità di estendere lo *screening* mammografico si riportava che poteva essere presa in considerazione la sua estensione nella fascia 40-49, a patto che fossero disponibili le risorse necessarie, che si fornisse alle donne una congrua informazione sui pro ed i contro dello *screening*, che l'intervallo fosse annuale e che fosse data priorità alla fascia delle 45-49enni.

Nell'aggiornamento delle Linee Guida sulla diagnosi precoce del tumore della mammella dell'*American Cancer Society*, pubblicato su JAMA nel 20157 e basata su dati di incidenza e sopravvivenza negli USA, emerge che la fascia di età 45-49 è il quinquennio che produce il maggior numero di anni di vita persi (pari al 15%). Uno studio italiano di non inferiorità attualmente in corso (Paci E, TBST 2013, proseguito dallo studio MISS Ricerca Finalizzata 2018) si propone di valutare l'impatto di un protocollo di *screening* personalizzato e la riduzione degli svantaggi e dei costi di quello mammografico nelle donne 45-49enni, attraverso la comparazione tra l'intervallo annuale e quello biennale in base alla densità come fattore di rischio.

QUESITO 2: Dovrebbe lo *screening* mammografico organizzato vs nessuno *screening* essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni?

RACCOMANDAZIONE 2

Per le donne asintomatiche di età compresa tra 45 e 49 anni, il *panel* italiano raccomanda la mammografia di *screening* nel contesto di un programma di *screening* organizzato. Escluse le donne con condizione di rischio eredo-familiare accertato e in carico a percorsi dedicati.

Raccomandazione debole, bassa certezza dell'evidenza



Quesito di ricerca 3:

Dovrebbe lo screening mammografico annuale vs screening mammografico biennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni?

Popolazione: donne asintomatiche di età compresa tra 45 e 49 anni

Intervento: lo *screening* mammografico annuale

Confronto: *screening* mammografico biennale

Esiti attesi:

- mortalità per cancro della mammella
- stadio del cancro della mammella (IIB, IV)
- QALYs
- mortalità per tutte le cause
- risultati falsi positivi
- invio a biopsia
- sovradiagnosi
- morte o cancro radioindotti

QUESITO 3. Dovrebbe lo screening mammografico annuale vs screening mammografico biennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni?

RACCOMANDAZIONE 3

Per le donne asintomatiche di età compresa tra 45 e 49 anni, il panel italiano raccomanda la mammografia annuale oppure biennale, nel contesto di un programma di screening organizzato. Escluse le donne con un accertato aumento del rischio ereditario familiare per tumore della mammella ($RR \geq 2$) e per il quale è auspicabile istituire uno specifico percorso di sorveglianza.

Raccomandazione debole, bassa certezza dell'evidenza

Quesito di ricerca 4:

Dovrebbe lo screening mammografico triennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni?

Popolazione: donne asintomatiche di età compresa tra 45 e 49 anni

Intervento: lo *screening* mammografico annuale

Confronto: *screening* mammografico triennale

Esiti attesi:

- mortalità per cancro della mammella
- stadio del cancro della mammella (IIB, IV)
- QALYs
- mortalità per tutte le cause
- risultati falsi positivi
- invio a biopsia
- sovradiagnosi
- morte o cancro radioindotti



QUESITO 4. Dovrebbe lo *screening* mammografico triennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni?

RACCOMANDAZIONE 4

Per le donne asintomatiche di età compresa tra 45 e 49 anni, il *panel* italiano raccomanda un intervallo annuale della mammografia rispetto ad un intervallo triennale, nel contesto di un programma di *screening*.
Escluse le donne con un accertato aumento del rischio eredo-familiare per tumore della mammella ($RR \geq 2$) e per il quale è auspicabile istituire uno specifico percorso di sorveglianza.

Raccomandazione debole, bassa certezza dell'evidenza

Quesito di ricerca 6:

Dovrebbe lo screening mammografico annuale vs screening mammografico triennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 50 e 69 anni?

Popolazione: donne asintomatiche di età compresa tra 50 e 69 anni, non incluse in percorsi specifici per rischio eredo-familiare

Intervento: lo *screening* mammografico annuale

Confronto: *screening* mammografico triennale

Esiti attesi:

- mortalità per cancro della mammella
- stadio del cancro della mammella (IIB, IV)
- QALYs
- mortalità per tutte le cause
- risultati falsi positivi
- invio a biopsia
- sovradiagnosi
- morte o cancro radioindotti
- morte o cancro radioindotti

QUESITO 6. Dovrebbe lo *screening* mammografico annuale vs *screening* mammografico triennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 50 e 69 anni?

RACCOMANDAZIONE 6

Per le donne asintomatiche di età compresa tra 50 e 69 anni, il *panel* italiano esprime una raccomandazione forte contraria ad un intervallo annuale della mammografia rispetto ad un intervallo triennale, nel contesto di un programma di *screening* organizzato. Escluse le donne con condizione di rischio eredo-familiare accertato e in carico a percorsi dedicato

Raccomandazione forte, molto bassa certezza dell'evidenza



Quesito di ricerca 10:

Dovrebbe lo screening mammografico annuale vs screening mammografico triennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 70 e 74 anni?

Popolazione: donne asintomatiche di età compresa tra 70 e 74 anni, non incluse in percorsi specifici per rischio eredo-familiare

Intervento: lo *screening* mammografico annuale

Confronto: *screening* mammografico triennale

Esiti attesi:

- stadio tumore (IIB-IV)
- esiti falsi positivi
- invio a biopsia

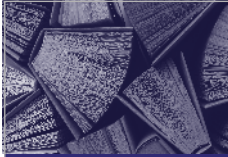
QUESITO 10. Dovrebbe lo *screening* mammografico annuale vs *screening* mammografico triennale essere utilizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 70 e 74 anni?

RACCOMANDAZIONE 10

Per le donne asintomatiche di età compresa tra 70 e 74 anni, il *panel* italiano esprime una raccomandazione fortemente contraria ad un intervallo annuale della mammografia rispetto ad uno triennale, nel contesto di un programma di *screening* organizzato. Escluse le donne con un accertato aumento del rischio eredo-familiare per tumore della mammella ($RR \geq 2$) e per il quale è auspicabile istituire uno specifico percorso di sorveglianza.

ECD

Raccomandazione forte, molto bassa certezza dell'evidenza



Referenze

1. N. Perry, M. Broeders, C. de Wolf, S. Törnberg, R. Holland, L. von Karsa, 2006. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition. European Breast Cancer Network (EBCN), Lyon.
2. European Commission Initiative on Breast Cancer. Recommendations for the European Breast Cancer Guidelines, <https://ecibc.jrc.ec.europa.eu/recommendations>; 2019
3. Alonso-Coello P et al, GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. BMJ 2016 a;353:i2016; doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2016a4>
4. Schünemann H.J et al, GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADEADOLPMENT. J Clin Epidemiol. 2017 Jan;81:101-110. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.09.009. Epub 2016 Oct.
5. Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure, Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica. https://snlg.iss.it/wpcontent/uploads/2019/04/MM_v1.3.2_apr_2019.p
6. Sardanelli F, Aase H.S, Álvarez M, Azavedo E, Baarslag H.J, Balleyguier C et al, Position paper on screening for breast cancer by the European Society of Breast Imaging (EUSOBI) and 30 national breast radiology bodies from Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Israel, Lithuania, Moldova, The Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland and Turkey. Eur Radiol; 2017.
7. Oeffinger K. C, Fontham E.T.H, Etzioni R et al, Breast Cancer Screening for Women at Average Risk 2015. Guideline Update From the American Cancer Society. JAMA; 2015.
8. Distante V, Ciatto S, Frigerio A, Naldoni C, Paci E, Ponti A et al, Recommendations of a national Italian Consensus Conference on the opportunity of extending screening service by mammography to 40-49 and 70-74 years of age women. Epidemiol Prev; 2007.



COMMENTARY al COCHRANE

Nel dare seguito all'accordo tra l'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma, editore della rivista "Infermiere Oggi", e la John Wiley & Sons, Ltd. ("Wiley"), che prevede la pubblicazione di contenuti estratti dal Cochrane Database of Systematic Reviews sulla suddetta rivista e sul sito web dell'Ordine (<https://opi.roma.it/infermiere-oggi>), viene presentato un contributo nella forma di *commentary* alla Revisione: *Schults J.A, Kleidon T, Charles k, Young E.R, Ullman A.J*, "Peripherally inserted central catheter design and material for reducing catheter failure and complications". Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 6. Art. No.: CD013366. DOI: 10.1002/14651858.CD013366.pub2.

Autori: Valentina Vanzi, Alessandro Cinque, Daniela D'Angelo

I PICC (*Peripherally Inserted Central Catheters*) costituiscono dei Cateteri Venosi Centrali (CVC) inseriti per via periferica attraverso le vene principali del braccio (basilica, brachiale e cefalica) e la cui punta viene posizionata in prossimità della giunzione tra la vena cava superiore e l'atrio destro. La loro affermazione come *device* vascolari sicuri e validi per i pazienti è correlata all'efficacia, alla sicurezza ed alla tollerabilità dei materiali costitutivi ed alle tecniche di posizionamento.

In merito alle metodiche di posizionamento, a partire dagli anni Duemila, il ricorso alla tecnica ultrasonografica ha determinato il superamento della tecnica "blind" (basata sulla venipuntura diretta percutanea) ed ha permesso di non limitare l'utilizzo dei PICC a quei soggetti con vene ben visibili o palpabili nella sede antecubitale del braccio, nonché di ridurre l'incidenza di complicanze meccaniche, trombotiche ed infettive.

Infatti, ad oggi, il posizionamento dei PICC si basa su di una venipuntura ecoguidata ed una tecnica di Seldinger modificata che si avvale di un microintroduttore.

Storicamente, i PICC sono stati introdotti nella pratica clinica negli anni Quaranta, principalmente per la rilevazione emodinamica. Successivamente, sono state ampliate le indicazioni cliniche per il loro utilizzo, ad esempio per la nutrizione parenterale negli anni Settanta, mentre, ad oggi, sono largamente utilizzati sia per scopi diagnostici che terapeutici. La diffusione di questa tipologia di cateteri vascolari è nettamente correlata alla qualità ed alla biocompatibilità dei materiali di cui sono costituiti. Non a caso, in passato, il polietilene ed i poliuretani di prima generazione di cui erano costituiti ne hanno limitato l'utilizzo, a causa della predisposizione ad eventi avversi, specie a ca-

attere trombotico. A partire dagli anni Novanta, l'introduzione di nuovi materiali costitutivi (silicone) ed il miglioramento di materiali già disponibili (poliuretani) hanno favorito la diffusione dei PICC.

Ora, il mercato offre numerose scelte di PICC a punta aperta od a punta chiusa, ad uno, due o tre lumi, di lunghezza variabile tra 50 e 60 cm e di calibro variabile tra 3 e 6 French, di diversi modelli e costituiti da differenti materiali.

Tale variabilità di cateteri deve essere conosciuta, comparata e valutata al fine di ottimizzare gli esiti clinici nei pazienti e di promuovere la sicurezza delle cure.

Schults et al (2024) hanno condotto una revisione sistemica proprio con l'obiettivo di valutare l'efficacia dei vari materiali (poliuretano, *power injectable* poliuretano, poliuretano con superficie modificata, PICC con superficie chimica, PICC rivestito da antisettico, PICC impregnato di antibiotico) e dei modelli (con tecnologia a valvola o senza valvola) di PICC nel ridurre il fallimento del posizionamento del catetere e gli eventi avversi ad essi correlati.

Gli autori hanno selezionato studi clinici randomizzati e controllati (RCT) che analizzassero come esiti primari: il tromboembolismo venoso, le infezioni ematiche associate al catetere vascolare, l'occlusione del *device* e la mortalità per tutte le cause.

Come *outcome* secondari, invece, sono stati considerati: il fallimento del PICC, le infezioni ematiche correlate al catetere vascolare, la rottura del *device*, il tempo di permanenza del catetere e gli *endpoints* di sicurezza. La Revisione ha incluso 12 RCT con una popolazione totale di 2913 pazienti di qualsiasi età. Sono state effettuate tre principali comparazioni:

1. cateteri con tecnologia a valvola integrata vs cateteri senza valvola



2. cateteri modificati con superficie anti-trombogenica vs cateteri senza superficie anti-trombogenica
3. cateteri impregnati di antisettico vs cateteri senza antisettico.

Dall'analisi dei risultati, gli autori hanno rilevato poca o nessuna differenza nel rischio di tromboembolismo venoso, delle infezioni ematiche associate al catetere vascolare, dell'occlusione o della mortalità in relazione ad i materiali ed ai modelli dei PICC.

Data la limitata disponibilità di RCT di alta qualità, i cui risultati possano guidare la pratica clinica, ad oggi non è possibile definire quale tipologia di PICC sia la migliore.

I limiti principali emersi da questa Revisione riguardano le dimensioni esigue del campione, gli eventi infrequenti e il rischio di *bias*. A fronte della numerosità dei pazienti che utilizzano il PICC, è evidente

come questa tematica rappresenti un'area di ricerca da implementare e da indagare. Questo studio, pur non giungendo a conclusioni definitive, evidenzia alcuni aspetti fondamentali nella pratica infermieristica: la necessità di conoscere in modo approfondito e competente le specificità dei *device* che, quotidianamente, vengono utilizzati. Tale conoscenza non è fine a se stessa, bensì rientra in un *framework* più ampio dove, in relazione alla complessità dei pazienti ed alla continua immissione sul mercato di nuovi prodotti sanitari, la scelta del *device* da parte dell'infermiere non può più limitarsi alla sola disponibilità nel proprio contesto, ma deve sottostare ad un processo critico di conoscenza, comparazione e selezione del dispositivo più appropriato per perseguire un'assistenza che sia quanto più razionale, nella scelta dell'allocazione delle risorse, ma soprattutto sicura per i pazienti.

¹Questo articolo è basato su una revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, fascicolo 6, DOI: 10.1002/14651858.CD013366.pub2. (visita il sito www.cochranelibrary.com per informazioni). Le Revisioni Cochrane vengono regolarmente aggiornate in presenza di nuovi elementi e in risposta ai feedback ricevuti, dunque la versione più recente del contributo può essere consultata sul Cochrane Database of Systematic Reviews.

²Scopettuolo et al. Evoluzione e diffusione della cultura dei PICC in Italia https://gavecelt.it/nuovo/sites/default/files/uploads/articolo_picc_gavecelt_perimed.pdf



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Studio italiano su JAN analizza i benefici effetti della Telemedicina sulla diade sopravvissuto allo ictus/caregiver, nella riabilitazione a casa

La Revisione sistematica "Impatto della telemedicina sulla diade sopravvissuto all'ictus/caregiver nella riabilitazione domiciliare", a cura dei ricercatori: Bartoli, Petrizzo, Vellone, Alvaro e Pucciarelli, è stata pubblicata sul Journal of Advanced Nursing (JAN).

Lo scopo dello studio è stato di esaminare l'impatto della Teleriabilitazione (TLR), della teleformazione e del telesupporto sulla diade sopravvissuto all'ictus/caregiver, in relazione alla dimensione psicologica, fisica, sociale e sanitaria dell'individuo.

Oltre 1600, tra *caregiver* e sopravvissuti all'ictus, i reclutati: 839 primi e 858 secondi. Per 884 partecipanti sono stati individuati 11 domini di impatto: cognitivo/funzionale, psicologico, carico del *caregiver*, sociale, salute generale e autoefficacia, funzione familiare, qualità della vita, utilizzo dell'assistenza sanitaria, preparazione, qualità dell'assistenza e rapporto con la tecnologia.

La TLR può essere considerata sostitutiva della riabilitazione tradizionale solo se supportata da un programma di tele-apprendimento per il *caregiver* e da un supporto tecnico, informatico e sanitario continuo. Pertanto, al ritorno a casa della diade coinvolta nell'ictus, bisogna progettare un programma completo di Telemedicina: solo così si potrà migliorare la qualità della vita, lo stato funzionale, psicologico, sociale, familiare e, finanche, l'autoefficacia dei soggetti.

doi.org/10.1111/jan.16177



Le relazioni tra infermieri, pazienti e carichi di lavoro

"L'organizzazione del lavoro degli infermieri e la sua relazione con il carico di lavoro. Uno Studio Multicentrico", di Ferramosca, De Maria, Ivziku, Raffaele, Lommi, Tolentino Diaz,

Montini, Porcelli, De Benedictis, Tartaglini e Gualandi, è stato pubblicato su Healthcare (rivista del MDP).

Nella fattispecie, si è chiesto ad alcuni infermieri, che lavorano in nove Reparti medico-chirurgici di tre ospedali italiani, di segnalare l'organizzazione e i carichi di lavoro relativi a turni randomizzati, nell'arco di tre settimane consecutive. Oltre 300 i questionari raccolti, da cui si è dedotto che l'organizzazione degli infermieri era significativamente correlato ai carichi fisici, mentali ed emotivi di lavoro.

I cambiamenti economici, sociali e demografici degli ultimi anni hanno influenzato profondamente la gestione e lo sviluppo dei Sistemi sanitari. Queste sfide, accompagnate dalla riduzione degli investimenti nel personale sanitario e dall'assenza di pianificazione strategica, hanno indotto una "crisi" del personale sanitario a livello mondiale.

Pertanto, è necessario investire in infermieri ben formati e istruiti, migliorandone le condizioni di lavoro e garantirne produttività e reattività (anche per aumentare la qualità dell'assistenza).

Gli ambienti di lavoro infermieristici cambiano costantemente, crescendo in complessità e variano tra Paesi e Sistemi sanitari. Esiste un'ampia quantità di letteratura che esplora gli ambienti di lavoro infermieristici e ne documenta l'influenza sui risultati di pazienti e infermieri: questi studi hanno raccolto le percezioni degli infermieri riguardo al loro ambiente di lavoro, ma hanno il limite di non focalizzarsi sulle situazioni osservate. Pertanto, lo studio CECRI ha voluto esplorare i risultati attuali che informano, nei contesti lavorativi, sugli aspetti legati all'assistenza infermieristica, il personale e il mix di competenze, la complessità del paziente, il numero di specialità o il rapporto infermiere-paziente e gli aspetti del flusso di lavoro riguardanti attività non programmate, la documentazione sanitaria o l'isolamento. Esplorare l'organizzazione del lavoro degli infermieri, nei contesti, può fornire informazioni importanti ai manager per migliorare le condizioni di lavoro e ottimizzare l'assistenza infermieristica.

Allo scopo di: analizzare la relazione tra fattori riguardanti il paziente, l'infermiere, il flusso di lavoro e l'organizzazione dello stesso fra gli infermieri; indagare



se l'organizzazione del lavoro è correlata ai carichi di lavoro fisici, mentali ed emotivi e di esplorare se una dimensione del carico di lavoro influenza le altre dimensioni, qui, si è dimostrato che i fattori del contesto lavorativo relativi ai pazienti, agli infermieri e al flusso di lavoro possono influenzare l'organizzazione del loro lavoro stesso e che l'organizzazione ha un impatto sulle dimensioni fisiche, mentali ed emotive del carico infermieristico. In più, si è notato che la dimensione del carico di lavoro può influenzare le altre dimensioni. I manager sanitari dovrebbero considerare questi risultati, indirizzandoli verso una politica utile a migliorare l'organizzazione del lavoro degli infermieri, mitigarne l'effetto e migliorare il benessere di tutti. Rispetto alla pratica infermieristica, l'interruzione dell'organizzazione del lavoro può determinare pressione e stress sugli operatori sanitari, interferendo con le prestazioni e la qualità dell'assistenza.

Le politiche sanitarie dovrebbero, perciò, riprogettare i sistemi di lavoro per supportare gli infermieri, migliorando la distribuzione degli spazi e delle risorse; garantire risorse umane adeguate e incoraggiare la cooperazione tra team multidisciplinari; stimolare la partecipazione degli infermieri; sostenere il cambiamento e promuovere benessere.

Infine, con i team multidisciplinari, bisognerebbe delineare interventi per eliminare la documentazione ridondante e migliorare la gestione delle richieste di lavoro e le risorse, per evitare ulteriore stress sugli infermieri e consentire loro di dedicare più tempo alla cura del paziente.

Doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11020156>



Vivere in un contesto multiculturale: studio qualitativo multimetodo pubblicato su JAN

Sono Mariachiara Figura, Paola Arcadi, Ercole Vellone, Gianluca Pucciarelli, Silvio Simeone, Loredana Piervisani e Rosaria Alvaro gli autori dell'articolo: "Vivere in un contesto

multiculturale: salute e integrazione dal punto di vista dei migranti mediterranei privi di documenti e i residenti in Italia. Uno studio qualitativo multimetodo", pubblicato sul JAN.

Allo scopo di cogliere una visione rappresentativa dei bisogni di una popolazione multiculturale e fornire risultati preziosi per gli operatori sanitari che desiderano migliorare il processo di accoglienza (potenziando un modello di assistenza integrato con i residenti), questo studio è stato condotto attraverso interviste semi-strutturate. Le conclusioni portano a far inten-

dere che le barriere territoriali e la mancanza di reti sociali e di formazione professionale specifica divengono ostacoli all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Per i migranti, soprattutto, migliorare e/o approfondire la conoscenza della lingua è assolutamente prioritario da un punto di vista della salute. Ciò, tenendo conto che, spesso, fra i residenti non esiste alcuna volontà di approfondire le relazioni con gli stranieri. Dunque, un progetto di "accoglienza", dotato di una solida *leadership* e delle giuste risorse (con il coinvolgimento degli autoctoni), potrebbe essere fondamentale nel mediare fra la promozione della salute e l'integrazione.

E, proprio in esso, per il ruolo che hanno (responsabili della presa in carico delle persone e *trait d'union* tra professionisti e popolazione), gli infermieri potrebbero essere protagonisti, analizzando i bisogni e fornendo cure "culturalmente competenti".

Doi: [10.1111/gennaio.16036](https://doi.org/10.1111/gennaio.16036)



Studio CECRI descrive "Le esperienze di self-care delle persone affette da BPCO"

Pubblicato sulla rivista "Heart & Lung" un articolo che descrive la ricerca CECRI dal titolo: "Le esperienze di *self-care* delle persone affette da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva-BPCO: uno studio di caso con metodi misti" a cura di: Marco Clari, Federica Riva-Rovedda, Valerio Dimonte e Maria Matarese.

Nelle persone affette da BPCO, l'auto-cura è fondamentale per migliorare la qualità della vita, ridurre il carico dei sintomi e, assieme, i costi correlati all'assistenza. Ma, a differenza di altre condizioni croniche, si sa poco sui fattori che influenzano i diversi stili di *self-care* nei pazienti con BPCO. Esplorarli è stato lo scopo di questo studio. Sono stati 37 i pazienti con BPCO reclutati da un ambulatorio, un'Unità di riabilitazione polmonare e on line (in un gruppo di supporto per pazienti).

In media, il mantenimento dell'autocura è stato influenzato dall'età del paziente, dal livello di istruzione e dallo stato economico. La maggior parte dei partecipanti ha riferito di aver eseguito comportamenti di auto-cura, mentre alcuni non lo hanno fatto perché lo hanno trovato difficile o perché non ne hanno riconosciuto l'importanza. Quando sono stati integrati i dati quantitativi e quelli qualitativi dei pazienti con livelli più alti e più bassi di auto-cura, sono stati identificati quattro diversi stili di autocura, in base alla gravità della BPCO, al disagio psicologico e al livello di autoefficacia: proattivo, inat-



tivo, reattivo e ipoattivo.

Dunque, i fattori personali, clinici, psicologici e sociali non solo influenzano il livello di auto-cura eseguito dai pazienti con BPCO, ma contribuiscono anche alla comprensione dei diversi stili della stessa.

Questa conoscenza potrebbe supportare i professionisti sanitari nell'adattare gli interventi educativi, visto che i risultati dello studio italiano potrebbero avere implicazioni significative sia per la pratica clinica che per la ricerca.

Poiché il disagio psicologico, la gravità della malattia, il livello di istruzione, l'età, lo stato economico e l'autoefficacia possono tutti influenzare i comportamenti di cura di sé, questi fattori dovrebbero essere presi in considerazione quando si pianificano interventi educativi.

I risultati ottenuti suggeriscono che i pazienti con BPCO presentano diversi stili di cura di sé, in base alle loro specifiche caratteristiche personali e cliniche. Interventi personalizzati, che tengano conto di questi stili di cura di sé, potrebbero facilitare l'integrazione dei comportamenti di auto-cura quotidiana, consentendo ai pazienti con BPCO di gestire la propria condizione in modo più efficace.

Doi: [10.1016/j.hrting.2024.07.011](https://doi.org/10.1016/j.hrting.2024.07.011)



Intention to leave, uno studio nazionale

L'articolo: "Fiducia nel leader nell'impegno organizzativo e tra gli infermieri. Approfondimenti su uno studio a livello nazionale sulle motivazioni che spingono a lasciare", a cura dei ricercatori: Ivziku, Biagioli, Caruso,

Lommi, De Benedictis, Gualandi e Tartaglino, è apparso su Nursing reports di MDPI.

La fidelizzazione degli infermieri rappresenta una sfida importante a livello globale, visto che, a livello internazionale, la continua instabilità della forza-lavoro ha sottolineato la necessità di comprendere i fattori che influenzano il *turnover* e la permanenza degli operatori sanitari. In effetti, la fiducia tra dirigenti infermieristici e infermieri è un elemento cruciale nella gestione delle relazioni sul posto di lavoro.

Gli studi esistenti hanno mostrato l'impatto diretto della fiducia sull'intenzione dei dipendenti di lasciare il proprio lavoro, e, infatti, lo scopo di questo studio è stato quello di esaminare l'impatto della fiducia nel leader sull'intenzione degli infermieri di licenziarsi.

I risultati hanno indicato che la fiducia nel leader ha un impatto significativo sull'intenzione degli infermieri di andare via e questa relazione è stata parzialmente mediata dall'impegno nell'organizzazione del lavoro.

Gli infermieri, che hanno fiducia nel loro dirigente, hanno maggiori probabilità di dimostrare livelli più elevati di impegno, con conseguente minore intenzione di lasciare la propria occupazione. Pertanto, si potrebbe dedurre che i manager possano ridurre tali intenzioni, costruendo relazioni di fiducia che migliorano l'impegno organizzativo.

Le Organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi e si evolvono continuamente: nell'affrontare questa complessità, la *leadership* manageriale ha un ruolo fondamentale. I manager, infatti, svolgono un ruolo cruciale nel guidare le prestazioni infermieristiche, garantendo l'erogazione di cure di qualità per ottenere migliori risultati per i pazienti: maggiore soddisfazione e qualità delle cure, miglior clima di sicurezza, riduzione degli errori, delle cadute, delle ulcere da pressione e degli eventi avversi.

Allo stesso modo, risultati organizzativi positivi sono stati osservati quando i manager infermieristici hanno utilizzato costantemente stili di *leadership* relazionale, mentre, pratiche di gestione inadeguate possono portare a inciviltà sul posto di lavoro e risultati negativi associati alle performance infermieristiche. La qualità della *leadership* manageriale ha un impatto significativo sul benessere dei team sanitari e sui loro risultati lavorativi. Inoltre, interazioni sociali fiduciose sono essenziali per coltivare ambienti di lavoro che promuovano la cooperazione e la produttività, nonché la fidelizzazione degli infermieri. Gli infermieri esposti a un dirigente infermieristico con comportamenti tossici, infatti, hanno riferito un aumento delle intenzioni di lasciare la propria organizzazione e finanche la professione.



IJNES, studio a firma italiana indaga i motivi dell'abbandono del Corso di Laurea in Infermieristica 26/08/2024

È apparso di recente sull'International Journal of Nursing Education Scholarship (IJNES), l'articolo: "Percezioni del personale infermieristico e degli studenti in merito all'abbandono: uno studio qualitativo", firmato dai ricercatori italiani: Mazzotta, Durante, Bressan, Cuoco, Vellone, Alvaro e Bulfone, che ha voluto esplorare le percezioni degli studenti infermieri e dei Direttori dei CdL triennale in Infermieristica sulle ragioni che spingono gli studenti infermieri ad abbandonare il percorso universitario. Lo studio ha incluso un campione mirato di 12 studenti e quattro Direttori dei CdL triennale in Infermieristica.

Rispetto alla questione, i Direttori hanno evidenziato



una mancanza di preparazione per gli studi infermieristici e una limitata consapevolezza degli studenti delle possibilità di supporto e apprendimento. Gli studenti, dal canto loro, hanno sottolineato un supporto insufficiente da parte del personale accademico e una scarsa organizzazione del corso. Invece, problemi economici e familiari e una cattiva comprensione del ruolo professionale dell'infermiere sono stati citati come ragioni sia dagli uni che dagli altri.

I risultati forniscono importanti approfondimenti sull'abbandono nel programma di studi infermieristico, anche se, evidentemente, sono necessarie ulteriori ricerche, in particolare in altri contesti.

Per affrontare il problema dell'abbandono scolastico è necessario un approccio globale che comprenda anche la fornitura di adeguati sistemi di supporto, il tutoraggio e maggiori risorse per gli studenti.

Doi: <https://doi.org/10.1515/ijnes-2023-0081>

La Nomina

Alessandro Stievano nuovo Chief Nursing Officer

Con una lettera del Ministero della Salute, **Alessandro Stievano**, infermiere ricercatore presso il Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma, ha ricevuto la comunicazione ufficiale della nomina del ministro **Orazio Schillaci**, a *Chief Nursing Officer* per "rappresentare l'Italia nei contesti europei e mondiali".

Per questo, si è unito alla rappresentanza permanente dell'Italia presso l'Unione Europea. Tra i suoi compiti, la costruzione di una rete di inter-collaborazione con gli Enti Regolatori, per creare pratiche condivise di regolamentazione e per una migliore fluidità dei flussi infermieristici tra i vari Paesi UE.

Ad oggi, Stievano, quale referente per gli Affari internazionali della Federazione nazionale-FNOPI, ha il compito di implementare le attività internazionali della FNOPI presso le principali agenzie sanitarie a livello europeo e mondiale (comprese l'ONU, il WHO, l'UNHCR, l'UNESCO e WHO Europa) e i maggiori Enti regolatori per la professione infermieristica. *Trait d'union* tra la FNOPI e le più importanti associazioni che si occupano di infermieristica a livello continentale, tra l'altro, formula raccomandazioni alla FNOPI per migliorare le politiche e i programmi sanitari; promuove progetti di ricerca paneuropei con differenti *stakeholder*; crea pratiche condivise di regolamentazione e per una migliore fluidità dei flussi infermieristici tra i vari Paesi; implementa momenti di incontro tra più partner internazionali e inter-istituzionali anche attraverso l'organizzazione di congressi, conferenze, seminari e *workshop* riguardanti la promozione delle politiche sanitarie per la promozione di una migliore assistenza verso i cittadini dell'Unione; partecipa e promuove iniziative volte all'organizzazione e sviluppo della salute e delle reti comunitarie e sociali nel rispetto della diversità di credenze e cultura. Tutto, per sottolineare l'importanza degli infermieri come promotori di una società senza discriminazioni o disuguaglianze.





CAMPUS BIO-MEDICO Secondo meeting annuale di ALINURSE

Si è svolto presso il Campus Bio-Medico di Roma, il 12 ottobre 2024, il secondo *meeting* annuale dell'Associazione culturale Alumni PhD Nursing & Public Health (ALINURSE) dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", con il patrocinio di FNOPI, OPI Roma, SIS, ACENDIO, SIDMI, AIT e AIAO.

L'evento, dal titolo: "L'intelligenza artificiale tra luci e ombre nella relazione di cura e nella ricerca infermieristica", ha riunito Alumni, dottorandi di ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica



e affermati ricercatori, che hanno esplorato le implicazioni etiche, scientifiche e applicative dell'intelligenza artificiale (AI) nella pratica clinica e nella ricerca infermieristica.

Sono intervenuti: la senatrice **Paola Binetti** (professore Emerito di Storia della Medicina, Campus Bio-Medico di Roma); **Vincenzo Dentamaro** (ricercatore, Università degli Studi di Bari); **Giampaolo Ghilardi** (professore associato di Filosofia Morale, Campus Bio-Medico di Roma); **Elena Sblendorio** (dottoranda di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Università di Roma Tor Vergata); **Ilaria Erba** (assegnista di Ricerca, Università UniCamillus); **Raffaella Gualandi** (vice direttore assistenziale delle Professioni Sanitarie, Campus Bio-Medico di Roma) e **Anna De Benedictis** (ricercatrice, Campus Bio-Medico di Roma). E, tra i soci onorari, dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata": **Rosaria Alvaro** (Prorettore e professore ordinario) e **Augusto Panà** (già Professore Ordinario). Ha moderato, la presidente di ALINURSE, **Maddalena De Maria** (professore associato, Link Campus University).

Per l'occasione, un momento solenne di riconoscimento dell'impegno di alcuni membri della comunità. In particolare, alla senatrice **Binetti** è stata conferita l'affiliazione come "socio onorario", per il suo straordinario contributo allo sviluppo della professione infermieristica a livello nazionale. A **Rocco Mazzotta** (ricercatore, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata") e **Domenico Rocco** (dottore di ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata") sono stati conferiti "l'*Alumni Network Engagement Award*", per le spiccate capacità di creare connessioni significative, promuovere la partecipazione e costruire un *network* solido e inclusivo tra gli alumni. A **Clara Donnoli**, **Valerio Della Bella** e **Vincenza Giordano**, invece, è andato il "*PhD Student Support and Dedication Award*", per la costante disponibilità e lo straordinario impegno nel supportare le iniziative di ALINURSE.

Diversi anche i momenti per favorire lo scambio di idee e la socializzazione: l'aperitivo conviviale - l'"Ali-Spritz" -, infatti, che ha preceduto l'evento scientifico, è organizzato proprio per permettere ai partecipanti di incontrarsi in un contesto informale, rafforzando i legami all'interno della comunità ALINURSE.

Il prossimo meeting annuale dell'Associazione si terrà il 10 e 11 ottobre 2025, sempre a Roma: maggiori dettagli sul sito ufficiale: www.alinurse.it

Rinnovo degli Organi dell'OPI di Roma

Tanti consensi per la lista "Insieme"

Un fine settembre caratterizzato da elezioni, all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma. In tanti, nonostante l'assenza di più liste contrapposte, si sono riversati, per tre giorni consecutivi, dal 27 al 29 settembre, presso la sede di viale degli Ammiragli per partecipare alle procedure di rinnovo degli organi dell'Ordine per il quadriennio 2024-2028.

Tutta la documentazione è consultabile nella sezione "Speciale Elezioni" presente sul sito dell'OPI: <https://opi.roma.it/speciale-elezioni-2024/>

Mercoledì 2 ottobre, quindi, i quindici eletti nel nuovo Consiglio Direttivo si sono riuniti per procedere all'insediamento e all'attribuzione delle cariche. La stessa cosa hanno fatto, poi, venerdì 4, la Commissione d'Albo Infermiere (CAI) e la Commissione d'Albo Infermiere Pediatrico (CAIP).

E se è vero che "squadra vincente, non si cambia", **Maurizio Zega** è stato confermato all'unanimità pre-

sidente dell'OPI di Roma. Così come il collega, **Stefano Casciato**, alla guida della CAI. Qualche cambiamento si è registrato solo nella CAIP, da oggi affidata all'infermiera pediatrica **Valentina Vanzi**.

"Ringrazio i colleghi per la rinnovata fiducia - ha spiegato Zega -. Un ampio mandato è certo foriero di grandi responsabilità, ma noi vogliamo continuare a lavorare nel segno dell'innovazione, della ricerca e del confronto costante con le istituzioni. È un momento delicato per la Professione e il nostro contributo sarà attento, costante e razionale. La lista 'Insieme' mira a rafforzare la crescita degli infermieri e, assieme, a impegnarsi affinché l'Ordine resti una casa di vetro per tutti".

D'altra parte, lo slogan scelto per l'occasione dalla lista - "**Insieme, nessuno escluso**" - spiega chiaramente il modello di riferimento proposto: inclusivo e volto al riconoscimento e alla valorizzazione degli infermieri attraverso gli infermieri. Un impegno che coinvolge tutti: i più anziani (per l'esperienza "sul campo") e i più giovani (che anelano i cambiamenti), e che, quale scopo precipuo, ha quello di raggiungere traguardi utili a migliorare tanto la vita dei professionisti sanitari quanto quella delle persone di cui si prendono cura.

Proseguendo nel solco tracciato durante il precedente mandato, l'attività della Lista "Insieme" continuerà a mostrare l'OPI di Roma attraverso gli strumenti digitali, l'apertura degli Uffici, la trasparenza dei Bilanci (non a caso, l'Ordine capitolino è l'unico Ente ordinistico ad aver perseguito la certificazione **ISO 37001** come sistema di gestione anti-corrruzione), i servizi offerti agli iscritti (dando sempre più spazio alla formazione professionale Ecm) e le attività del Centro di Eccellenza-**CECRI**, perché una professione intellettuale non



può vivere senza ricerca e senza l'alleanza con le Società infermieristiche, da sempre, fonte di interessanti contributi scientifici. Tra gli impegni assunti dai nuovi eletti c'è: incalzare le istituzioni per l'adeguamento delle normative regionali sulle dotazioni organiche, per il completamento del fabbisogno infermieristico nel Lazio, per il riconoscimento delle competenze e per avviare una nuova normativa sulle figure di supporto che andranno controllate e guidate dagli infermieri; rafforzare e sviluppare la rete dei servizi che deve includere tutta la professione, a cominciare dai colleghi più giovani attraverso "OPI Roma Giovani"; potenziare la sinergia già in essere con la **sanità civile e militare**; sviluppare il ruolo dell'Infermiere nei servizi territoriali, e, in particolare dell'**Infermiere di Fami-**

glia e di Comunità, ma anche quello di direzione di Distretto. Intanto, sostenendo la **libera professione** in tutte le modalità del suo esercizio e la Federazione nazionale-FNOPI per il riconoscimento delle **Lauree magistrali ad indirizzo clinico**.

"Siamo, sempre più evidentemente, la professione sanitaria del futuro: insostituibile e centrale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; la chiave di volta di un SSN che non aspetta il paziente in ospedale, ma lo segue e lo cura sul territorio - ha concluso il presidente Zega -. Ai colleghi del Consiglio Direttivo, delle Commissioni d'Albo e ai Revisori dei Conti, formulo i migliori auguri di buon lavoro! Auguri che estendo a tutti gli infermieri che, ogni giorno e in ogni luogo di lavoro, danno il meglio di sé".



Ecco l'elenco completo degli eletti, con la distribuzione delle cariche.

Consiglio Direttivo

Presidente - **Maurizio Zega**

Vice Presidente - **Carlo Turci**

Segretaria - **Nataschia Mazzitelli**

Tesoriere - **Francesco Scerbo**

Consiglieri: **Giuseppe Amici, Antonio Andreozzi, Lorella Calafato, Claudia Lorenzetti, Nadia Marciano, Mariagrazia Montalbano, Barbara Porcelli, Silvia Sferrazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini.**

Commissione d'Albo Infermiere

Presidente - **Stefano Casciato**

Vice Presidente - **Cinzia Puleio**

Segretaria - **Simonetta Bartolucci**

Consiglieri: **Leo Altobello, Gabriele Caggianelli, Maurizio Fiorda, Roberta Marchini, Beatrice Cornelia Miereanu e Fabrizio Petrone.**

Commissione d'Albo Infermiere Pediatrico

Presidente - **Valentina Vanzi**

Vice Presidente e Segretaria - **Valentina Pizziconi**

Consiglieri: **Francesca Gorga, Desirée Rubei, Rocco Stelitano.**

Collegio dei Revisori dei Conti

Membri effettivi - **Ione Moriconi, Giuseppe Esposito**

Membro supplente - **Marco Pantini**



Ricercatori iscritti a OPI di Roma premiati negli States



In occasione dell'*American Heart Association International Scientific Session* di Chicago, due ricercatori infermieri italiani hanno ricevuto prestigiosi riconoscimenti internazionali per i loro recenti contributi scientifici.

In particolare, il nostro iscritto a OPI Roma, **Davide Bartoli**, è stato premiato per il miglior articolo sul tema dello "stroke", pubblicato su *The European Journal of Cardiovascular Medicine (EJCM)*. Con: "Stroke disease-specific quality of life trajectories and their associations with caregivers' anxiety, depression, and burden in stroke population: a longitudinal, multicentre study" (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37249041/>) Bartoli e coautori hanno esplorato le traiettorie della qualità della vita nei sopravvissuti a un ictus, evidenziando la connessione tra ansia, depressione e carico dei caregiver, e proponendo interventi personalizzati per migliorare gli esiti di tutti i coinvolti.

Lo *Stroke Article of the Year 2024* è stato ritirato dal collega il 16 novembre scorso, durante la cena di gala che si è tenuta presso il McCormick Congress.

Il collega Bartoli lavora come clinico presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea, si è dottorato all'università di Tor Vergata e svolge attività di docenza presso l'ateneo "Sapienza".

Durante il medesimo evento di Chicago, è stata premiata anche l'infermiera **Angela Durante**, ricercatrice presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e la Fondazione Gabriele Monasterio Regione Toscana CNR, che, assieme alla professoressa **Graven** della Florida State University, ha ricevuto il riconoscimento per il *Clinical Article of the Year*.

Nella fattispecie, la ricerca, pubblicata sul *Journal of Cardiovascular Nursing*, affronta le sfide dell'autogestione delle cure per le persone con scompenso cardiaco nelle aree rurali, proponendo strategie innovative per supportare tale popolazione vulnerabile.

La gestione delle maxi-emergenze

Convegno a Palazzo Salviati



Il 3 ottobre 2024, a Palazzo Salviati (Centro Alti Studi della Difesa), l'OPI di Roma, con l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 (Ares 118); il Coordinamento infermieri volontari emergenza sanitaria (CIVES odv) e l'Ispettorato Generale della Sanità Militare (IGESAN), con i rispettivi presidenti e direttori generali: **Maurizio Zega, Narciso Mostarda, Maurizio Fiorda e Carlo Catalano**, ha organizzato un convegno dal titolo: "Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze: sinergia tra realtà civile e militare".

Questi eventi, dannosi e imprevedibili, ai sistemi di soccorso, richiedono modalità di intervento diverse da quelle utilizzate in casi ordinari. È necessaria un'accurata programmazione, che definisca compiti e modalità d'intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi: quella sanitaria (Sistema di emergenza del 118 e Rete Ospedaliera), quella tecnica (Vigili del Fuoco e gruppi locali di Protezione Civile) e quella costituita dalle Forze dell'Ordine e dalle Forze Armate/Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri.

La Giornata ha approfondito l'argomento in ambito nazionale ed internazionale, attraverso le esperienze civili e militari, e sotto molteplici aspetti, specie rispetto a quanto appreso per migliorare la pratica clinica infermieristica, promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica e le procedure derivanti dall'*Evidence Based Practice* e, assieme, implementando la sinergia tra ARES 118 e Sanità Militare. Relazioni e dibattiti tra partecipanti ed esperti hanno, perciò, promosso l'acquisizione di conoscenze e competenze per la gestione di questi frangenti; facendo conoscere il ruolo dei professionisti sanitari

nell'utilizzo delle innovazioni organizzative e tecnologiche nei teatri operativi. Ciò, senza dimenticare di stimolare i professionisti sanitari all'utilizzo dei contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica, che invita a supportare il processo decisionale clinico-assistenziale attraverso l'approccio critico alle linee guida, ai protocolli ed alle procedure esistenti.

Due, le sessioni. La prima, al mattino, moderata da **Stefano Casciato** e Maurizio Fiorda (presidente e consigliere CAI-OPI Roma), ha registrato l'intervento di: **Casolaro** ("Gestione delle maxi-emergenze e grandi eventi"); **Lefosse** ("La risposta sanitaria immediata: il modello organizzativo della Centrale operativa per l'attivazione della maxi-emergenza"); **Rizzo** ("MASCAL: gestione nei Teatri Operativi"); **Rinaldi e Gianni** ("La risposta organizzata tra risorse umane, tecniche e strumentali in applicazione alla tipologia di maxi-evento: il PMA"); **Ruggiero** ("Gestione delle maxi-emergenze in ambito di Forza Armata: i Mass. Cal. Plan") e **La Pietra** ("Il PASS, Posto di Assistenza Socio-Sanitario, ed il ripristino della rete sanitaria nella fase post acuta delle maxi-emergenze"). Nella seconda, moderata da **Carlo Turci** e **Lorella Calafato** (vice presidente e consigliera OPI di Roma), invece, sono intervenuti: Fiorda ("La scheda per la Valutazione delle esigenze immediate - SVEI - e la riorganizzazione della medicina territoriale"); **Paduano** ("Esperienza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco nei teatri operativi nazionali e internazionali"); **Ceracchi** e **Bennati** ("Intervento psicologico nelle maxi-emergenze: interventi per la popolazione" e "Intervento psicologico nelle maxi-emergenze: strategie di coping per gli operatori sanitari"); **Midei** ("Formazione sul campo: aspetti caratterizzanti l'infermieristica militare").

Al pomeriggio, una terza sessione, moderata da **Esposito** (professore a contratto Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e revisore dei conti OPI di Roma) e **Campagna** (dell'associazione ANASMI), a cui hanno preso parte: **Nuzzo, Albano, Scopelliti** ("Gestione delle emergenze umanitarie in contesto marittimo: esperienze della Marina"); **Tiozzo e Cancani** ("Missioni umanitarie: l'assistenza infermieristica e l'accoglienza dei bambini e delle famiglie in OPBG"); **Vitalone** ("Il supporto aereo dell'Aeronautica Militare nella gestione delle maxi-emergenze"); **Casciani** ("UNIDEC: modello organizzativo in risposta ad eventi NBCR"); **Tomassi** ("Emergenze e incidenti di massa: il contributo interdisciplinare dell'arma dei carabinieri"); **Di Biagio e Gioia** ("Esperienza internazionale: missione USAR-ARES terremoto in Turchia 2023"); **Rigirozzo e Modesti** ("Missioni all'estero: esperienze dirette delle missioni MEDEVAC in Ucraina") e **Cremsini** ("Grandi Eventi: il Giubileo 2025" e "Il Piano Nazionale 'Flegrei'").

Infermieristica nella comunità scolastica L'OPI di Roma promuove un convegno

Si è tenuto il 16 novembre, in sede, un evento formativo ECM che ha visto protagonista la promozione di modelli di infermieristica nella comunità scolastica.

L'infermieristica, soprattutto nella sua recente declinazione "di famiglia e comunità", si inserisce, infatti, a pieno titolo nei programmi di educazione sanitaria collettiva, finalizzati a far conoscere e riconoscere i problemi e i comportamenti rilevabili (salute e sessualità, alimentazione e immagine del sé, sport, uso del digitale e dei social media), per migliorare la consapevolezza e favorire il principio di responsabilità della

collettività sul benessere proprio ed altrui.

Accogliendo tale modello, la scuola prevedrebbe attività di *counseling* in *team* che includano vari professionisti (infermieri/infermieri pediatrici, assistenti sanitari, psicologi, nutrizionisti/dietisti, educatori), ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato. Gli infermieri possiedono metodologia, conoscenze, abilità e visione per coordinare le risposte, integrarsi con altri professionisti; rispondere ai bisogni di salute dell'utenza in età evolutiva. Per questo, oggi, è necessario riaprire gli spazi di azione dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità (IFeC); ricostruire la rete socio-sanitaria, coinvolgendo la famiglia; sensibilizzare i Direttori Infermieristici delle Aziende Sanitarie e i Direttori Generali per attivare l'IFeC anche nella comunità scolastica. Ma, soprattutto, assimilare le conoscenze per: orientarsi sui bisogni di salute della popolazione scolastica; definire gli interventi assistenziali di carattere preventivo ed educativo proponibili; descrivere gli interventi assistenziali rivolti ai singoli studenti.

Tutti temi affrontati dalle relazioni delle personalità coinvolte nell'evento, ma che sono stati anche al centro della tavola rotonda politica finale a cui hanno partecipato:

Luigia Carboni, Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali-Asl Roma 5; **Roberta Marchini**, Funzione organizzativa gestione territoriale PUA COT-Asl Roma 4 e consigliere CAI OPI di Roma); **Cristiana Pizcannella**, Responsabile infermieristico del Distretto 3-Asl Roma 6; **Barbara Porcelli**, Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche UOC Assistenza alla Persona-Asl Roma 2 e consigliere OPI di Roma e **Elisabetta Zuchi**, Dirigente Referente UOC Servizio Infermieristico e Ostetrico Cure Primarie-Asl Roma 3.

Le conclusioni della giornata sono state affidate a **Maria Grazia Proietti**, attualmente, vicepresidente della Commissione d'Albo degli Infermieri Pediatrici (CAIP) nazionale e ideatrice di questo evento, che ha registrato numerose adesioni.

I saluti istituzionali, invece, in apertura, sono stati affidati al vicepresidente dell'OPI di Roma, **Carlo Turci**; al presidente della CAI dell'OPI di Roma, **Stefano Casciato**, e al Direttore del CdL in Infermieristica e Infermieristica pediatrica dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", **Giuliana D'Elpidio**. Da remoto, è intervenuta **Laura Barbotto**, presidente CAIP nazionale.

Il *Position Statement* "Infermieristica e scuola", pubblicato sul sito della FNOPI, individua i principali elementi di contesto e di intervento che giustificano e sostengono l'utilità di tale figura, anche dal punto di vista dei costi.

Info: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/10/Position-Statement-FNOPI-INFERMIERISTICA-E-SCUOLA.pdf>



Il XV Congresso AIT al Complesso Integrato Columbus



Si è svolto a Roma, il 9 ottobre 2024, presso il Complesso Integrato Columbus del Policlinico "Agostino Gemelli", il XV Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale-AIT, dal

titolo: "Transculturalità e competenze culturali".

L'evento (presentato assieme a: l'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma e il suo Centro di Eccellenza-CECRI; la Fondazione Insieme per Vita agli Anni; l'associazione culturale Alumni Ph.D. Nursing & Public Health e la Duquesne University) ha visto la numerosa partecipazione di infermieri e studenti, e si

è incentrato sul concetto di "competenza culturale" da parte degli infermieri che, ormai, è diventato fondamentale da possedere, per offrire una migliore qualità di assistenza all'utenza.

Il moderno processo di globalizzazione, infatti, incrementando i flussi di persone da un luogo all'altro del Pianeta, ha fatto divenire indispensabile, specie per i professionisti sanitari, l'acquisizione di quelle competenze che garantiscono cure coerenti con le diverse necessità del paziente.

La prima *Keynote* ha visto la partecipazione di **Rick Zoucha**, professore di *Nursing* alla Duquesne University (USA), iniziatore, con altri, degli studi proprio sulla "competenza culturale", che ha illustrato, in maniera ampia, l'evoluzione del pensiero in tal senso, negli ultimi 50 anni. A lui, hanno fatto seguito numerosi interventi da parte di illustri studiosi della materia, che hanno enfatizzato come, nella nostra società, sempre più interconnessa, le competenze culturali facciano - e faranno - la differenza nel campo di un'assistenza più equa e adeguata verso tutte le persone. In tale logica, si è posto particolare accento sull'assistenza alle popolazioni migranti e fragili che, da sempre, sono un *focus* privilegiato dei lavori dell'AIT. La Giornata di studi, infatti, ha cercato di dibattere delle principali strategie atte a acquisire le competenze assistenziali culturalmente appropriate per garantire il diritto alla salute degli immigrati e per rispondere all'impegno assistenziale assunto dal nostro Paese nei loro confronti.

PNAE, Immacolata Dall'Oglio nuova coordinatrice europea

In occasione del 44esimo meeting del PNAE (*Paediatric Nursing Associations of Europe*), svoltosi a Istanbul a metà ottobre, è stata formalizzata la nomina della rappresentanza italiana al coordinamento



del PNAE, *network* delle associazioni di infermieristica pediatrica europee.

A seguito di elezioni interne (i membri del PNAE hanno espresso un voto per ognuno dei 23 Paesi che la compongono), a **Jane Coad** (Gran Bretagna), succede la nuova coordinatrice: la collega **Immacolata Dall'Oglio**, già vice-coordinatore dal 2019.

Sin dal 2004, l'Italia è stata rappresentata al PNAE proprio da Dall'Oglio; successivamente, per alcuni anni, assieme a **Simona Calza** (dell'IRCCS Ospedale "Gaslini") e, dopo ad oggi, da **Orsola Gawronski** (dell'IRCCS Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù").

L'evento nella capitale turca è stato anche una fonte di apprendimento, di scambio professionale e di contatti internazionali utili per lo sviluppo professionale; la condivisione di percorsi formativi; oltre che uno stimolo verso processi innovativi, ricerche o *survey* internazionali.

Il Congresso internazionale del PNAE si tiene ogni due anni: quello dello scorso anno è stato ospitato a Roma. Info, www.pnae.eu

Scuola Convitto Regina Elena Formazione, valori e amicizie che resistono al tempo

La Scuola Convitto Regina Elena (SCRE), fondata nel 1910 all'interno del Policlinico Umberto I di Roma, ha segnato un passaggio cruciale per l'evoluzione della professione infermieristica in Italia.

Ispirata al modello anglosassone introdotto da Florence Nightingale, **la SCRE fu una delle prime istituzioni italiane a formare infermiere secondo *standard* professionali rigorosi** e, grazie al sostegno della Regina Elena e di Maria Guerrieri Gonzaga, poté avvalersi della collaborazione di infermiere britanniche, tra cui la **matron Dorothy Snell**, responsabile della costituzione della Scuola e del suo costante impegno nel mantenere l'eccellenza.

L'approccio formativo era fondato non solo sull'acquisizione di competenze tecniche, ma anche su valori umani essenziali come empatia, rispetto e dedizione, che costituirono il cuore della missione educativa della Scuola. Durante gli anni di attività, la SCRE diplomò circa 3mila infermiere, molte delle quali divennero poi caposala. Punto di riferimento imprescindibile per la sanità pubblica italiana, nel tempo, la SCRE vide emergere numerose figure di rilievo nel panorama infermieristico italiano, tra cui **Ausilia Pulimeno**, anche presidente dell'OPI di Roma (e vice presidente della Federazione nazionale-FNOPI), che, leader carismatica, ha dedicato la sua lunga carriera non solo all'assistenza, ma anche alla formazione e alla rappresentanza della Professione.

La Scuola, oltre alla formazione accademica, ha lasciato un'impronta profonda in quante vi studiarono, trasmettendo valori fondamentali come condivisione, solidarietà, unità e coraggio: principi così radicati che, a distanza di decenni, un gruppo di ex studentesse, provenienti da diverse regioni d'Italia, si è riunito il 21 settembre 2024 per celebrare i 50 anni dal diploma, dimostrando come i legami creati dalla SCRE superino la prova del tempo. Un incontro che è stato anche un tributo a chi non c'è più, ai momenti vissuti assieme, alle sfide superate e alle esperienze professionali condivise, che ha sì reso omaggio al loro legame speciale, ma anche alle abilità apprese, che le hanno accompagnate lungo tutta la carriera professionale e nel quotidiano.

Gabriele Caggianelli, Stefano Casciato





Aperte le iscrizioni e la *Call for abstract* del Congresso nazionale 2025

Saranno le sfide evolutive complesse nel settore sanitario il tema che la Federazione nazionale-FNOPI pone al centro del Terzo Congresso Nazionale "Infermiere³ - Innovazione, sfide e soluzioni", in programma a Rimini, dal 20 al 22 marzo 2025, e per il quale ora si chiamano a raccolta professionisti e ricercatori per animare la sessione dedicata agli *e-poster*.

La *Call for Abstract* promossa dalla FNOPI è rivolta a tutti i professionisti e ricercatori che, entro e non oltre le ore 23:59 del **1° dicembre 2024**, vogliono portare il proprio contributo attraverso la presentazione di lavori che esplorino il tema dell'innovazione in sanità e dell'uso della tecnologia per governare la complessità in ambito clinico-assistenziale, formativo e organizzativo.

Per farlo, basta cliccare sul link: <https://abstract.riccionecongressi.it/callforabstract/FNOPI2025/> e

seguire le istruzioni contenute nel *form*. In seguito, il presentatore riceverà comunicazione dell'esito e delle modalità di caricamento e presentazione degli *e-poster* su una piattaforma dedicata.

Intanto, è già possibile iscriversi al **Congresso nazionale**, seguendo le procedure indicate sul sito www.fnopi.it

Tutti gli infermieri iscritti all'Albo, interessati a prendere parte alle tre giornate di convegni, esposizioni, corsi e spettacoli, promossi dalla Federazione potranno accedere alle convenzioni con le strutture alberghiere dedicate, tramite il consorzio AIA PALAS (partner del Palazzo dei Congressi di Rimini), e, con l'approssimarsi della data di inizio, tramite email, anche alle modalità per usufruire del servizio prenotazione pasti e per aderire a percorsi formativi e spettacoli.

Al link <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/10/PROGRAMMA-PRELIMINARE-CONGRESSO-FNOPI-2025.pdf> il programma preliminare del Congresso FNOPI che, archiviato con successo quello itinerante in periodo post Covid, torna in presenza, dopo l'ultima edizione del marzo 2018 a Roma.

La scelta di organizzarlo a Rimini nasce dalla volontà di dare un segnale a uno dei territori maggiormente colpiti dalle alluvioni.

Il PalaCongressi è pronto ad accogliere più di tremila partecipanti e il programma degli eventi prevede *talk show* politico-istituzionali in stile televisivo (dalla durata di circa 45') condotti da giornalisti di alto profilo, e contributi video sui temi di più stretta attualità per la Professione. Le performance artistiche, nella giornata centrale del Congresso, saranno affidate all'attore comico **Paolo Ce-**

voli (Zelig, LOL, Pechino Express), nei panni dell'Assessore "Cangini", e alla cantante **Tosca**, che, assieme alla sua band, sta tornando nei principali teatri italiani, a 30 anni esatti dalla vittoria a Sanremo con il brano "Vorrei incontrarti fra cent'anni".

La giornata conclusiva sarà caratterizzata dalla cerimonia di chiusura, con la proclamazione della mozione finale seguita dalla presentazione degli aggiornamenti sul Codice Deontologico, con una lettura autoriale affidata a un attore.

Questo, mentre, all'esterno, si svolgeranno iniziative di educazione alla salute rivolte alla cittadinanza e al mondo associazionistico.

CALL FOR ABSTRACT

INFERMIERE³

Innovazione, Sfide e Soluzioni
La giusta combinazione
per governare la complessità

TERZO CONGRESSO NAZIONALE



dalla FNOPI

A Roma, evento per parlare di Infermieristica internazionale

Dopo il 18 novembre 2023 a Parigi, si è svolto a Roma, il 10 ottobre scorso, il secondo Congresso Internazionale of *Nursing Regulators*: "L'infermieristica tema centrale in Europa", organizzato dalla Federazione nazionale-FNOPI. Tanti i Paesi ospiti, che, nel rispetto delle specificità nazionali, vogliono trovare una linea comune a livello europeo.

Presso l'Auditorium del Museo Ninfeo, i referenti di numerosi Ordini infermieristici d'Europa - e del mondo - hanno preso parte a quella che **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI, ha definito: "una giornata importante, che ufficializza un percorso già avviato per costruire e condividere dati, sensibilizzando le istituzioni sulle esigenze della nostra professione".

Per assumere una posizione forte nei confronti dell'Europa, dunque, è sempre più significativo proseguire un percorso di confronto e collaborazione con i referenti internazionali degli Enti regolatori. La pianificazione dell'educazione infermieristica

non è così uniforme tra i Paesi e si applica a livello nazionale e anche sub-nazionale, con contenuti e curricula che restano ampiamente eterogenei: è vero che è sempre più effettuata nelle Università (con lauree e lauree magistrali), ma il diploma coesiste, ed è ancora presente in molti Paesi continentali. Mangiacavalli ha illustrato la situazione attuale e le prospettive della professione infermieristica in Italia, evidenziando problematiche e proposte della Federazione, per una professione sempre più specializzata, capace di rispondere ai mutati bisogni sanitari, oltre che di pianificare e guidare l'assistenza.

La prima sessione, moderata dai consiglieri nazionali FNOPI, **Nicola Draoli** e **Maurizio Zega**, ha visto alternarsi: **Mircea Timofte** e **Theodoros Koutroubas** (rispettivamente: presidente e CEO dell'*European Nursing Council*); **David Benton**, *Former CEO del National Council State Boards of Nursing*; **Cynthia Johansen**, *CEO and Registrar British Columbia College Nurses and Midwives* e **Silvie Crawford**, *CEO and Executive Director del College of Nurses dell'Ontario*.

Nel pomeriggio, con due tavole rotonde e il dibattito, moderato da **Franco Vallicella** e **Laura Barbotto** (presidenti nazionali CAI e CAIP), si è entrato nel vivo degli assetti regolatori dei vari Paesi presenti, chiarendo i modelli organizzativi e quanto alcune criticità siano comuni a tutti gli Ordini. Presenti: **Sérgio Branco**, presidente del *Board of Nursing of the Ordem dos Enfermeiros* (Portogallo); **Lampros Bizas**, vicepresidente del *Greece Nursing Council*; **Carolyn Donohoe**, *interim CEO Nursing and Midwifery Board of Ireland*; **Sylvaine Maziere-Tauran**, presidente dell'*Ordre National des Infirmiers* (Francia) e **Sandra Postel**, presidente del **North Rhine-Westphalia Order**. "Quanto ascoltato ci pone la questione fondamentale di utilizzare un linguaggio infermieristico standardizzato - ha sottolineato Zega -. Parlare tutti la 'stessa lingua' è necessario per ridurre al minimo le differenze tra i vari Paesi".

Nella sessione finale, moderata da **Pierpaolo Pateri** e **Giancarlo Cicolini** (tesoriere e consigliere nazionale FNOPI), invece, focus sullo sviluppo della regolamentazione infermieristica nei Paesi emergenti, con i contributi di: **Ghazi Darghout**, CEO della *Mediterranean School of Health* della Tunisia; **Blerina Duka**, presidente dell'*Albanian Nursing Order* e **Nexhmije Gori**, presidente del *Kosovo Nursing Order*.





dalla FNOPI

Federazione, Ministero e OMS per lo sviluppo della Professione

Condividere le migliori pratiche, la ricerca e la collaborazione internazionale, per elevare lo *standard* delle cure infermieristiche a favore dei professionisti, degli assistiti e dei Sistemi salute dei diversi Paesi europei e extra sono gli obiettivi alla base di: "Sfide e priorità della professione infermieristica in Europa e nel Mondo", l'evento dell'11 ottobre scorso, promosso dalla FNOPI, con il patrocinio del Ministero della Salute, nella sede di via Giorgio Ribotta.

Una giornata a cui ha partecipato **Margrieta Langins**, *Nursing and Midwifery Advisor at the WHO-Europe* e che ha registrato il contributo inviato da **Giorgio Cometto**, *Health Workforce Department-WHO* di Ginevra.

Un momento di confronto istituzionale importante che sancisce anche l'avvio del percorso di accreditamento del Centro di Eccellenza-CERSI della FNOPI, come collaborante dell'OMS. Per l'occasione, la Federazione nazionale ha presentato le sue linee strategiche su alcune tematiche ritenute prioritarie per lo sviluppo della Professione, tra cui: rafforzare i collegamenti internazionali; promuovere una voce comune degli infermieri in Europa e avviare un con-

fronto proficuo con le istituzioni.

Davanti ai presidenti dei 103 Ordini delle Professioni Infermieristiche d'Italia; rappresentanti delle società scientifiche e referenti infermieristici internazionali, e coordinati da **Carmelo Gagliano** e **Alessandro Stievano** (consigliere nazionale e *Chief Nursing Officer* FNOPI), oltre quelli di Margrieta Langins e Giorgio Cometto, si sono succeduti i contributi di: **Mircea Timofte**, presidente del *Romanian Order of Nurses, Midwives, and Medical Assistants*, che ha sottolineato l'importanza di fare network a livello europeo e globale, perché: "Solo rimanendo uniti e connessi si potrà davvero avere un impatto duraturo sull'assistenza infermieristica in Europa e non solo". Quindi, **Thomas Kearns**, codirettore del *WHO Collaborating Centre RCSI* e **Fiona Timmins** e **Jonathan Drennan**, che hanno evidenziato come l'infermiere specialista sia alla base dell'evoluzione della Professione.

Nella sessione pomeridiana, una tavola rotonda, moderata da **Silvestro Giannantonio**, responsabile della Comunicazione FNOPI, assieme a **Beatrice Mazzoleni** e **Maurizio Zega** (segretaria e consigliere nazionale FNOPI), a cui hanno partecipato: **Americo Cicchetti**, direttore generale della Programmazione del Ministero della Salute e **Theodoros Koutroubas**, CEO dell'*European Nursing Council*. Koutroubas ha più volte rimarcato che: "gli Enti regolatori hanno il ruolo di portare avanti le politiche professionali a tutela dei cittadini e devono esercitarlo appieno". Mentre Cicchetti, che ha avviato una stretta collaborazione con FNOPI e CERSI, ha spiegato: "Dal Ministero puntiamo a dare una risposta adeguata all'esigenza di attuare un'integrazione organizzativa che permetta di connettere meglio l'ospedale al territorio, quindi tra attività di assistenza per acuti e quella di assistenza primaria da potenziare. In tale contesto il ruolo delle professioni sanitarie è fondamentale!".





dalla FNOPI

Schillaci annuncia una riforma epocale “Lauree magistrali a indirizzo clinico”



“**S**aranno tre le nuove lauree specialistiche del Corso di Laurea in Infermieristica: in Cure Primarie e Sanità pubblica, in Cure Pediatriche e Neonatali e in Cure Intensive e nell’Emergenza”, lo ha annunciato il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, nel corso del Consiglio nazionale della FNOPI, che si è svolto a Roma, il 12 ottobre 2024. Davanti al Comitato Centrale della Federazione e alla

platea formata dai presidenti dei 102 Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche, Schillaci ha illustrato i recenti provvedimenti assunti dal Governo in favore del personale sanitario, a partire dal decreto-legge contro le aggressioni. “Stiamo lavorando a un progetto complessivo che guarda al futuro della sanità del nostro Paese e al ruolo-chiave che gli infermieri ricoprono, oggi e in futuro, specie in materia di assistenza sul territorio - ha detto -. La vostra professionalità e il vostro contributo sono insostituibili per garantire al nostro Servizio Sanitario Nazionale, che, grazie a voi, potrà affrontare con maggiore forza e preparazione le sfide del futuro, rispondendo in modo efficace alle esigenze dei cittadini, in continua trasformazione”.

All’istituzione delle tre aree di specializzazione, che, prossimamente, saranno recepite dalla revisione della classe di laurea da parte del MUR, la Federazione lavora da anni assieme ai Ministeri della Salute e dell’Università.

L’obiettivo è quello di offrire più opportunità formative e sbocchi di carriera agli infermieri con laurea triennale abilitante, finalizzando, così, un modello di assistenza infermieristica disegnato sulle reali necessità dei cittadini.

Mentre, al contempo, si aprirà, per la prima volta in Italia, la strada della **prescrizione infermieristica di trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche** (tra cui presidi sanitari e ausili), per garantire continuità e sicurezza delle cure.

Per la FNOPI si tratta di: “una svolta epocale, attesa da anni, che concretizza un proficuo dialogo con i ministri **Orazio Schillaci** e **Anna Maria Bernini**, sin dal loro insediamento, e con tutte le Direzioni generali coinvolte, a partire da quella delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del SSN, diretta da **Mariella Mainolfi** e quella degli Ordinamenti della formazione del MUR, diretta da **Gianluca Cerracchio**”.

In Breve

Addio a Marisa Cantarelli Infermieristica in lutto

Si è spenta a fine settembre, a Milano, la professoressa Marisa Cantarelli, tra le professioniste italiane che hanno dato un *input* importantissimo all’evoluzione dell’Infermieristica in Italia. “È una impresa ardua raccontarla e provare a dar conto dell’immenso contributo che ha dato alla nostra disciplina nel momento in cui le rivolgiamo, con deferenza e commozione, il nostro ultimo saluto”. Così, il presidente OPI Roma, **Maurizio Zega**. “Il suo rigore scientifico, la critica sostenuta da forti argomentazioni teoriche ancora validissime e la visione meccanicistica dell’assistenza infermieristica ha preparato e fortemente contribuito a realizzare il nuovo profilo professionale dell’infermiere. Se oggi, infatti, leggiamo nel nostro Codice Deontologico che ‘il tempo di relazione è tempo di cura’, lo dobbiamo sicuramente anche a lei”.



A Roma, leader europei per parlare di universalità e sostenibilità

Con la convinzione che “*investire nei sistemi sanitari pubblici genera valore e combatte le povertà sanitarie*”, la CEI, assieme alle Federazioni e ai Consigli nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie e sociosanitarie, ha organizzato, il 22 novembre scorso, a Roma, il convegno: “Universalità e sostenibilità dei SSN in Europa”.

L'obiettivo è stato quello di mettere a confronto i sistemi nazionali di salute di Francia, Germania, Spagna e Italia.

L'appuntamento, dalle ore 14 alle 19, è stato presso l'Aula Magna della Pontificia Università Lateranense. L'evento si è inserito tra quelli in preparazione al Giubileo del 2025 e segue il convegno “Le povertà sanitarie in Italia”, svoltosi a Verona il 10 maggio 2024, quando fu sottoscritto il Manifesto per il superamento

delle povertà sanitarie.

I lavori sono stati aperti dai saluti istituzionali del cardinale **Pietro Parolin**, Segretario di Stato della Santa Sede; di monsignor **Mariano Crociata**, presidente della Commissione delle Conferenze Episcopali dell'Unione Europea; di **Chris Brown**, *head WHO European Office for Investment for Health and Development* e di monsignor **Giuseppe Baturi**, segretario generale della Conferenza Episcopale Italiana.

Subito dopo, nella sessione “Un nuovo paesaggio per l'Europa”, è intervenuto **Francesco Longo**, del *Department for Social and Political Sciences* dell'Università Bocconi, che ha illustrato i numeri della situazione europea.

Una sessione, poi, è stata interamente dedicata al confronto tra i sistemi nazionali di salute, mentre il *focus* ha coinvolto i referenti dei ministeri della Salute tedesco, francese e spagnolo e il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, per illustrare le caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale italiano. Il confronto con l'Unione Europea è stato garantito dalla presenza di **Sandra Gallina**, della Commissione Europea-Direzione generale della Salute e della sicurezza alimentare.

L'ultima parte del convegno si è concentrato sul contrasto alle povertà, ospitando le testimonianze di MSF *Médecins sans frontières*, Emergency, Comunità di Sant'Egidio, Sovrano Militare Ordine di Malta, Federazione internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa.



Al Campus Bio-Medico un innovativo corso di Laurea magistrale

Il 12 settembre scorso, l'evento **"Innovazione nella formazione infermieristica e opportunità in sanità"** ha rappresentato l'occasione per lanciare il nuovo corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche istituito all'Università Campus Bio-Medico di Roma, fortemente sostenuto dalla rappresentanza ordinistica. "Siamo convinti che la formazione infermieristica debba andare nella direzione di una maggiore specializ-



zazione", ha sottolineato la professoressa **Maria Grazia De Marinis**, presidente del Corso di Laurea. Il percorso avviato, che ha già riscosso una massiccia adesione, e che ha preso le mosse dal 28 ottobre con le prime attività didattiche (mentre proseguono le chiamate dalla graduatoria degli idonei sui 50 posti disponibili), prevede, per la prima volta, l'inserimento di un modulo specifico su Scienze infermieristiche Cliniche, con orientamento in Infermieristica di Comunità e di Famiglia, Cronicità e Cure Palliative.

Approfondendo le competenze cliniche, organizzative, pedagogiche e di ricerca attorno ai problemi di salute che riguardano soprattutto gli anziani, i malati cronici e i pazienti del fine vita, la figura dell'infermiere potrà assumere uno spessore maggiore e vedersi riconosciuto il ruolo che già oggi ricopre nell'assistenza e la presa in carico dei pazienti. Il Corso biennale, strutturato in semestri, è progettato quindi per rispondere alle complesse esigenze di assistenza infermieristica della popolazione, considerando fattori determinanti come l'invecchiamento demografico e l'aumento delle malattie croniche. L'obiettivo del programma è formare infermieri capaci di agire elevate competenze assistenziali e organizzative nei diversi contesti sanitari, con spiccata sensibilità etica e con specifiche capacità per la formazione e la ricerca. In particolare, gli studenti saranno preparati per progettare e implementare interventi infermieristici innovativi nei diversi contesti sanitari, migliorare i processi assistenziali, incidere sulla formazione di studenti e professionisti e partecipare attivamente alla ricerca scientifica nel campo sanitario.

Al simposio ha preso parte anche il presidente di OPI Roma e del Centro di Eccellenza-CECRI, **Maurizio Zega**, che ha chiarito come il passaggio alla dimensione specialistica sia una necessità già definita in maniera chiara anche nell'incontro che la FNOPI ha organizzato con la Conferenza dei Rettori delle Università Italiane-CRUI. "Bisogna guardare a una dimensione infermieristica che affronti ciò che, sul piano demografico, la società sta chiaramente indicando. Tra 20 anni, gli ultra 80enni saranno sei milioni e la sanità deve capire che il territorio è il primo punto dove 'fare salute', riallineando l'offerta alla domanda - ha detto -. Solo allora i costi si abbasseranno; saremo in grado di investire per poter riconoscere le professionalità del futuro e eviteremo anche l'abbandono della professione".

Info: <https://youtu.be/TQc1SHT6BFk?si=BpBC0ilzemqdnw5F>

Concorsi, procedono le chiamate e parte la procedura per i Dirigenti infermieristici

Mentre il presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**, per la prima volta, ipotizza l'uscita dal piano di rientro già dal 2026, è di poche settimane fa l'annuncio della programmazione di 14mila assunzioni nel sistema sanitario regionale, con l'acquisto di 329 grandi apparecchiature entro il prossimo dicembre.

Dall'estate 2024, fanno sempre sapere dalla Regione, sono partiti i lavori per ammodernare e ampliare i Pronto Soccorso e i reparti dei nosocomi del Lazio, grazie a 155 milioni di euro, che saranno ulteriormente rifinanziati.

Sul fronte propriamente infermieristico, l'OPI di Roma accoglie, con particolare favore, la procedura concorsuale avviata, l'8 ottobre scorso, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di tre posti per il profilo di Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche

per le esigenze della ASL Roma 1. Un concorso che, oltre a dotare l'Azienda di importanti figure attualmente mancanti, potrà mettere al servizio di tutto il sistema regionale una graduatoria di idonei cui attingere, come richiesto dall'Ordine dopo ripetuti confronti istituzionali.

Proprio questo stesso sistema sta consentendo, attualmente, le chiamate in servizio di infermieri presenti in graduatoria del maxi-concorso a valenza regionale, espletato dalla ASL Roma 2 tra il 2023 e il 2024 per l'assunzione di 271 infermieri, a fronte di circa 20mila domande di partecipazione.

Dei novemila idonei presenti nella graduatoria finale, già mille sono stati chiamati, con il solo vincolo di permanenza per almeno cinque anni (blocco della mobilità): questo, per assicurare alle strutture del Lazio una costante e stabile iniezione di personale qualificato, anche in un orizzonte temporale di medio periodo.

Pure l'ARES 118, da agosto, ha dato inizio all'assunzione di personale infermieristico per oltre 250 unità, per garantire la copertura della dotazione organica e per completare il percorso di internalizzazione. Inoltre, per il Giubileo 2025, sempre l'ARES 118 è stata autorizzata ad assumere 150 infermieri, 100 operatori tecnici/autisti di ambulanza e 100 operatori tecnici/barellieri autisti per potenziare la dotazione dei mezzi di soccorso e le centrali operative.

Altro tassello importante, in questo quadro, il concorso per UOC Direzione infermieristica e sociale della ASL Roma 3, oltre che l'imminente pubblicazione del concorso per Direttore UOC infermieristica del Policlinico Umberto I.

In Breve

All'Isola Tiberina evento sul "Diritto alla assistenza infermieristica"

Il 9 novembre, nell'Aula Magna dell'Ospedale Gemelli-Isola Tiberina, spazio a "L'assistenza infermieristica: un diritto per tutti", evento sul cambiamento professionale ed organizzativo basato sulla qualità dell'assistenza.

Tra i protagonisti, S.E. Mons. **Benoni Ambarus**, Vescovo Ausiliare della Diocesi di Roma, coinvolto anche nella tavola rotonda, moderata dal presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega**, assieme a: don **Massimo Angelelli**, direttore dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute; **Daniele Piacentini**, direttore Generale dell'Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola e Responsabile nazionale sezione ospedali classificati-presidi ospedalieri ARIS; **Francesco Cannella**, responsabile Centri di riabilitazione ARIS e **Maurizio Pigozzi**, presidente AIOP Lazio.

Discussant ospiti: **Lucia Zaino**, direttore attività didattiche professionalizzanti del CdL in Infermieristica-U.C.S.C.; **Giuseppe Amici**, consigliere OPI di Roma; suor **Maria Ruby Penagos Chilito**, **Denise Plutino** e **Sonia Monastero**.

Conclusioni a cura di **Maria Grazia Montalbano**, consigliere OPI di Roma.





Dentro la sala operatoria: l'importanza dell'esperienza “sul campo”



Paola Romanazzi
L'infermiere di sala operatoria
PICCIN-editore, 2023
(208 pagg, 28 Euro)

Desirée Rubei

Scritto durante il COVID-19, questo testo ha richiesto anni per trovare una stesura definitiva. Non si tratta, perciò, di un mero lavoro di contenuti, ma di un'esperienza “sul campo” che nasce da un'idea fortemente voluta da Rosaria Alvaro, Professore Ordinario di Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, assieme ai colleghi: Teresa Nardulli, Rossana Grande e Massimiliano Di Carlo.

L'autrice, che nelle sale operatorie degli ospedali di Roma è praticamente “cresciuta”, sia con il ruolo di strumentista/infermiera, sia con quello di coordinatrice clinica e, poi, gestionale, ha la possibilità di dare una panoramica approfondita di questi *setting* da entrambi i punti di vista. Il testo, perciò, è un'ottima risorsa bibliografica per gli infermieri che vogliono approfondirne il contesto, oltre che un prezioso “alleato” per i professionisti che operano nell'area chirurgica. Utile per gli studenti già iscritti al CdL triennale in Infermieristica (per lo svolgimento del tirocinio nelle sale operatorie), ma anche per chi intraprende il percorso di specializzazione in assistenza chirurgica in sala operatoria e per chi si avvicina a questo mondo per la prima volta (da neo-assunti e/o da neo-inseriti, provenienti da diverse Unità operative). Proprio a quest'ultimi è dedicato un intero capitolo, descrivendo, in modo dettagliato, l'inserimento del personale infermieristico in sala operatoria, con la specifica dei tempi, degli obiettivi da raggiungere, e le schede di valutazione. Certo, potrebbe rivelarsi utile anche a colleghi già esperti del settore, ma che si avvicinano a discipline chirurgiche mai svolte in precedenza. Suddiviso in 16 capitoli e in numerosi paragrafi, i contenuti sono accompagnati da un'ampia galleria fotografica e da diagrammi; gli argomenti, completati da allegati di *check-list* e schede di monitoraggio, trattati con un linguaggio chiaro e accurato. Le *check-list* proposte sono modelli di schede infermieristiche in cui viene tracciato l'intero percorso del paziente, con partenza dal monitoraggio e dai controlli eseguiti dal Reparto di degenza e provenienza del paziente, fino all'arrivo, transito e dimissione dalla sala per la risalita in degenza o trasferimento in altra Unità operativa. Gli obiettivi da raggiungere sono estrapolati dalle linee-guida dell'OMS ed elaborati dal Ministero della Salute e delle Politiche Sociali. Romanazzi, inoltre, riporta le *check-list* specifiche (o istruzioni operative) per ogni tipo di intervento chirurgico, che rappresentano una sequenza scritta degli strumentari, presidi medico-chirurgici, arredi e apparecchiature necessarie. Strumenti operativi che, sostenuti da evidenze scientifiche e contestualizzati in ciascuna realtà, permettono di uniformare i processi assistenziali infermieristici per raggiungere uno *standard* qualitativo elevato, modificare eventuali comportamenti inappropriati e promuovere l'aggiornamento degli operatori.



I libri recensiti nella nostra rubrica sono disponibili presso la Biblioteca di sede.

Per le consultazioni la Biblioteca è aperta:

lunedì, e giovedì, 14.30-17.30 **martedì** 10.00-13.00

Per accedere è necessario prenotare un appuntamento telefonico (in orario Biblioteca) o via mail.

Info:

<https://opi.roma.it/biblioteca/>

Tel. 06/37511597

e-mail: biblioteca@opi.roma.it

DECRETO-LEGGE

1° ottobre 2024, n. 137

Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria

Avv. Barbara Pisa

i

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.

Il D.L. n. 137 del 1° ottobre 2024, in vigore dal 2 ottobre, è stato introdotto per rispondere al crescente problema delle violenze contro i professionisti sanitari e per proteggere le strutture sanitarie dai danneggiamenti.

Il decreto stabilisce sanzioni più severe, come la **reclusione fino a 5 anni e una multa fino a 10.000 euro**, per chi, all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie, socio-sanitarie, residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, **con violenza alla persona o con minaccia**, ovvero **in occasione del delitto previsto dall'articolo 583-quater** (lesioni personali a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria), **distrukge, disperde, deteriora o rende**, in tutto o in parte, **inservibili cose ivi esistenti** o comunque destinate al servizio sanitario o socio-sanitario.

Il decreto interviene anche sul codice di procedura penale, **introducendo l'arresto obbligatorio in flagranza** per chi commette lesioni o danneggiamenti gravi nelle strutture sanitarie. In generale, l'arresto in flagranza si verifica quando un soggetto viene colto in atto di commettere un reato, permettendo così alle forze dell'ordine di intervenire immediatamente.

In talune circostanze, quando non è possibile procedere immediatamente all'arresto per ragioni di sicurezza, si considera comunque in stato di flagranza colui il quale, sulla base di documentazione video-fotografica, risulta l'autore del fatto, sempre che l'arresto sia compiuto **entro le 48 ore**.

Ciò analogamente a quanto già avviene negli stadi per contrastare episodi di violenza durante gli eventi sportivi: arresto immediato della persona colta a commettere un reato, come atti di violenza, risse o vandalismo all'interno dello stadio o nelle aree di pertinenza dello stesso, senza necessità, per le forze dell'ordine presenti, di attendere ulteriori autorizzazioni. Possiamo quindi riassumere le principali novità introdotte dal D.L. 137/2024 nei seguenti punti:

1. **Ampiezza delle ipotesi di flagranza:** sono state ampliate le situazioni in cui è possibile procedere all'arresto in flagranza, includendo reati con particolare allerta sociale.
2. **Procedure semplificate:** sono state previste procedure più snelle per l'esecuzione

dell'arresto e per la successiva comunicazione al Pubblico Ministero, al fine di rendere più efficiente l'intervento delle forze dell'ordine.

3. **Tutela dei diritti:** sono stati rafforzati i diritti dell'arrestato, con particolare attenzione alla necessità di garantire assistenza legale e informazioni chiare sui diritti.

4. **Formazione delle forze dell'ordine:** è stata enfatizzata l'importanza della formazione per il personale delle forze dell'ordine, affinché possano gestire al meglio le situazioni di arresto in flagranza.

5. **Misure alternative:** in alcuni casi, è stata prevista la possibilità di misure alternative all'arresto, per evitare il sovraffollamento carcerario e favorire percorsi di recupero.

Si ricorda, infine, che il decreto-legge deve essere convertito in legge dal Parlamento entro 60 giorni, pena la perdita della sua efficacia sin dall'inizio.

Bisognerà dunque attendere la data del 1° dicembre p.v. per verificare se, e in quali termini, il D.L. 137/2024 è stato convertito in legge.

Aviso

Assemblea straordinaria degli iscritti OPI di Roma

Si svolgerà martedì 10 dicembre, alle ore 15.30, presso l'hotel Quirinale (via Nazionale 7), l'assemblea straordinaria degli iscritti OPI di Roma. Tra i temi all'ordine del giorno: la relazione sulla programmazione delle attività per l'anno 2025; la lettura e approvazione del Bilancio preventivo 2025 e le proposte dell'assemblea.

SARA E MATTEO

Massimo D'Urso



...E A CASA QUALE MATERASSO ANTI DECUBITO DOVREI ACQUISTARE?

Poco Dopo



MAIS OUI MATTEO, HAI RAGIONE!
IN ALCUNI PAESI DELL'EUROPA GLI INFERMIERI HANNO MAGGIORE AUTONOMIA E POSSONO GARANTIRE IL SUCCESSO DEL PIANO ASSISTENZIALE ANCHE ATTRAVERSO LA PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVI E PRESIDI, AD ESEMPIO POTREBBERO INDICARE IL MATERASSINO...



NEANCHE UN'INDICAZIONE HO POTUTO DARE...

E SEI IMBRONCIATO PER QUESTO MOTIVO? GUARDA CHE LE COSE STANNO PER CAMBIARE.



QUI C'È MOLTO DI PIÙ IN BALLO. IL SISTEMA ITALIA SI APRE ALLE ALTRE NAZIONI. SOPRATTUTTO, LE LAUREE MAGISTRALI A INDIRIZZO CLINICO ROMPONO IL TETTO DI CRISTALLO!



L'IMPEGNO, LA FORMAZIONE MAGISTRALE CLINICA AVRANNO UN IMPATTO ENORME! NON SAREMO TUTTI UGUALI, COME (FORSE) NON LO SIAMO MAI STATI...

...PENSA SE MI LAUREASSI PRIMA DI TUTTE...

...IL MINISTRO DELLA SALUTE È ANDATO PERSONALMENTE AL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOPI PER CONFERMARE L'AVVIO DELLE LAUREE MAGISTRALI A INDIRIZZO CLINICO! L'IMPORTANZA DI QUESTA RIVOLUZIONE È NEL CAMBIO DI PARADIGMA. NON DOBBIAMO CADERE NELL'ERRORE DI PENSARE CHE «TUTTI POTRANNO ESPRIMERSI CON LA PRESCRIZIONE», POTRANNO FARLO SOLO I LAUREATI MAGISTRALI CON INDIRIZZO CLINICO. RICORDATE CHE GLI INDIRIZZI CLINICI SARANNO TRE: CURE PRIMARIE E SANITÀ PUBBLICA, CURE PEDIATRICHE E NEONATALI, CURE INTENSIVE E NELL'EMERGENZA. AD ESEMPIO, LA MIA ATTUALE LAUREA MAGISTRALE NON MI PERMETTEREBBE DI PRESCRIVERE.



NORME EDITORIALI

“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 Consigli 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; Materiali 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 1 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 aperto con i seguenti orari:
lunedì-venerdì 8.30-12.30
lunedì e giovedì, anche 14.30-17.00

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)