

INFERMIERE

OGGI

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

ROME
WASN'T BUILT
IN A DAY



SOMMARIO

numero 2/2025 - Aprile/Giugno



L'estate si avvicina al suo apice e il secondo numero del 2025 di *Infermiere Oggi*, a tal proposito, raccoglie il plauso unanime per il progetto "Spiagge Serene", di ritorno sui litorali laziali dopo gli ottimi riscontri dello scorso anno.

Team infermieristici delle Asl coinvolte saranno accanto ai bagnanti con consigli e device ogni fine settimana, fino a settembre. Diverse le news che riguardano l'Opi da vicino: dalle celebrazioni della Giornata internazionale dell'Infermiere, con l'inaugurazione del poliambulatorio dedicato all'infermiera Emanuela Millevolte, alla presenza del Governatore, Rocca, della presidente Inopi, Mangiacavalli, e del presidente Zega; all'annuale Congresso Cecri, durante il quale è stato siglato un prestigioso accordo con il NANali-9, di cui il collega Fabio D'Agostino diventa nuovo segretario e tesoriere.

Auguri anche alla professoressa Maria Grazia De Marinis, neoeletta al Consiglio Superiore di Sanità, chiamato, a breve, ad esprimersi sul via libera alle tre Lauree magistrali infermieristiche a indirizzo clinico, che rafforzano la professione e aprono la strada alla prescrizione. Passo dopo passo...



EDITORIALE

- 2_** Roma non è stata costruita in un giorno
di Maurizio Zega
- 4_** La percezione delle *Unfinished Nursing Care* tra gli infermieri di Medicina d'Urgenza: uno studio trasversale nel contesto italiano
Danilo Buglione, Irene Dello Iacono, Roberto Accettone, Rita Patrizia Tomasin, Arianna Anzini, Federica Foglietti, Rocco Piroscia, Giulia Sortino, Emanuela Colelli
- 13_** I cambiamenti climatici e la salute: studio trasversale sulle conoscenze e le attitudini dei professionisti sanitari
Francesco Riccardo, Anna Arnone
- 27_** Il JBI Model of Evidence-based Healthcare: un framework integrato per l'implementazione della pratica basata sulle evidenze nel contesto italiano
- 30_** JBI Best Practice. Esperienze degli infermieri che si prendono cura delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità
- ## DAL CECRI
- 35_** Linee Guida. Cosa c'è di nuovo
- 36_** Estratto delle Linee Guida sul buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non oncologico dell'adulto (quesiti 5-11)
- 40_** Linee Guida: obiettivi, ambiti di applicazione e metodi

- 41_ *COMMENTARY* al COCHRANE
- 44_ Congresso 2025. "Unificare i linguaggi assistenziali attraverso la loro standardizzazione"
- 46_ Siglato accordo tra OPI e NANDA *International*
- 47_ Fabio D'Agostino
segretario e tesoriere del NANDA-I
- 48_ L'ICN elegge il nuovo presidente
È lo spagnolo José Luis Cobos Serrano

DALL'ORDINE

- 49_ Giornata internazionale dell'Infermiere
In piazza a Roma e al Villaggio Race
- 52_ Successo per la seconda Conferenza internazionale
di *Management e Leadership*
- 54_ "Centocelle in Salute"
informazione e prevenzione

DALLA FNOPI

- 55_ Presentato il primo Rapporto
sulle Professioni Infermieristiche
- 56_ Maria Grazia De Marinis
al Consiglio Superiore di Sanità
- 57_ Papa Bergoglio e gli infermieri

DALLA REGIONE

- 58_ A Fiumicino, il poliambulatorio dedicato
all'infermiera Emanuela Millevolte
- 59_ Ottimi riscontri per
"Spiagge serene"

OPI DI BIBLIOTECA

- 61_ La Geriatria sempre più al
centro dell'ambito sanitario

PILLOLE LEGALI

- 52_ Prospettive di riforma della Professione:
l'esempio francese

- 64_ **LA STRISCIA**

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'OPI di Roma
Anno XXXV - N.2 - APRILE-GIUGNO 2025
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: luglio 2025
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

Roma non è stata costruita in un giorno

di Maurizio Zega



È evidente ormai che si procede nella direzione di una redistribuzione delle competenze e di una messa in valore della salute 'territoriale'. Pur con lentezza talvolta pachidermica, il sistema prende atto della realtà che si impone



Il nuovo Contratto collettivo nazionale del comparto Sanità, per il triennio 2022-2024, nel merito del quale - come noto - l'Ordine non ha competenza ad esprimersi, contiene alcune condizioni oggettive che, però, interessano la professione infermieristica in quanto tale, al di là degli aspetti di attenzione sindacale. Non ci sono, infatti, impedimenti giuridico-formali ad una nuova configurazione della nostra professione, sul modello Assistente Infermiere - Infermiere - Infermiere specialista, che l'Ordine richiede da molti anni. L'esistenza di questo modello, specificamente contemplata nel nuovo ambito contrattuale, viene implicitamente riconosciuta come valida, in linea con l'evoluzione dei Sistemi sanitari pubblici, con le tendenze epidemiologiche, e con la stessa evoluzione scientifica e tecnologica.

È evidente ormai che si procede nella direzione di una redistribuzione delle competenze e di una messa in valore della salute "territoriale". Pur con lentezza talvolta pachidermica, il sistema prende atto della realtà che si impone, anche a dispetto di qualche resistenza corporativa.

Beninteso: l'evoluzione in corso è lungi dall'essere conclusa! **Roma non è stata costruita in un giorno** e - si sa - per ottenere qualcosa di importante ci vogliono tempo e pazienza.

Per esempio, occorrerà attendere la riunione del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), il quale dovrà pronunciarsi sulle Lauree specialistiche ad indirizzo clinico per l'anno accademico 2026/27.

La specializzazione cui il CSS darà il via libera è un passaggio ineludibile, il perno indispensabile della riforma del sistema, senza il quale l'intero processo sarebbe inutile: la stratificazione che ne deriva è il passaggio obbligatorio verso le formule di scivolamento delle competenze e di condivisione di compiti e responsabilità dei diversi professionisti della salute.

Intanto noi, a Roma, continuiamo a fare la nostra parte: all'ultimo Congresso internazionale del nostro Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI abbiamo siglato un accordo con NANDA *International* (Associazione attiva nella ricerca, sviluppo e perfezionamento di un linguaggio infermieristico standardizzato) sull'uso libero del database elettronico da essa fornito: una terminologia infermieristica standardizzata è - si comprende - un momento essenziale affinché la risposta infermieristica al bisogno di salute sia sempre meglio conosciuta e valutata.

Eppure anche questi due passaggi, pur fondamentali, non segneranno certamente la fine di quello che è appunto un processo che richiede alla Professione (cioè, a ognuno di noi, nel suo ambito lavorativo) la

“

Quella stratificazione della professione che è ora in corso, ed è stata da noi sempre auspicata e in qualche modo anche determinata, altro non è che la logica evoluzione di una Professione basata sulla evidenza scientifica. Un processo che impone anche e soprattutto a noi l'acquisizione di responsabilità in ambiti di complessità crescenti

”

massima consapevolezza della posta in gioco: nuovo modello assistenziale in cui deve esistere - perché già esiste nei fatti - una specifica risposta infermieristica al bisogno di salute, come oggi si configura e, come ancor di più, si configurerà domani.

Se parliamo di “consapevolezza”, non intendiamo una sorta di “chiamata alle armi” in difesa di interessi corporativi. Intendiamo, al contrario, la lucidità necessaria alla comprensione di cosa è, cosa comporta ciò che abbiamo chiamato risposta infermieristica al bisogno di salute.

Può aiutarci, in questo, il testo della legge istitutiva degli Ordini e della relativa Federazione che recita: “Essi (gli Ordini) promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi Codici Deontologici, **al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva**”.

Da qui si deve partire per essere consapevoli.

Nel dispositivo di legge si indica il fine del nostro agire professionale e questo, se ci soffermiamo a ragionare, dà, al contempo, il senso alla nostra professione, attribuendole direttamente il compito di garantire la tutela della salute individuale e collettiva nel proprio ambito: quello della risposta infermieristica. Dunque, nel Sistema nazionale non siamo degli “abusivi”, ma abbiamo la responsabilità diretta di fornire la garanzia della tutela della salute in quanto Infermieri, senza mediazioni.

In questo lungo processo di evoluzione della risposta al bisogno di salute, è della massima importanza che gli Infermieri ne siano, appunto, “consapevoli”. Ognuno di noi, in qualsiasi ruolo, ha il dovere etico di trasmettere questa consapevolezza a tutti gli altri colleghi: questo è il cammino della modernità e - diciamo pure - del progresso: del progresso scientifico e clinico alle funzioni organizzative che ne discendono, inevitabilmente.

E, infatti, quella stratificazione della Professione che è ora in corso, ed è stata da noi sempre auspicata e in qualche modo anche determinata, altro non è che la logica evoluzione di una professione basata sulla evidenza scientifica. Un processo che impone anche e soprattutto a noi l'acquisizione di responsabilità in ambiti di complessità crescenti: un processo, vorrei dire senza retorica, anche entusiasmante che, a dispetto di una narrativa di piagnisteo, rende la nostra Professione, la professione del futuro!



La percezione delle *Unfinished Nursing Care* tra gli infermieri di Medicina d'Urgenza: uno studio trasversale nel contesto italiano

The perception of Unfinished Nursing Care among Emergency Medicine nurses: a cross-sectional study in the italian context

Danilo Buglione, RN, ASST Sette-Laghi, Varese

Irene Dello Iacono, RN, MSN, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Roberto Accettone, RN, MSC, Incarico Organizzativo, Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Roma

Rita Patrizia Tomasin, RN, MSN, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Arianna Anzini, RN, MSN, AO San Giovanni-Addolorata, Roma

Federica Foglietti, RN, ASST Sette-Laghi, Varese

Rocco Piroscia, RN, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

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

Emanuela Colelli, RN, MSN, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

Parole chiave

Infermieri; Infermieri-stica di Emergenza; Unfinished Nursing Care; unità mediche; studio trasversale

Keywords

Nurses; Emergency Nursing; Unfinished Nursing Care; Medical Units; cross-sectional study

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Le *Unfinished Nursing Care* (UNC) sono attività assistenziali infermieristiche omesse o posticipate rispetto alla pianificazione, che possono compromettere la qualità dell'assistenza. Sebbene il fenomeno sia stato ampiamente indagato in contesti clinici diversi, le evidenze relative alle Unità di Medicina d'Urgenza restano

ancora limitate. Questi ambienti, caratterizzati da elevata complessità assistenziale e forte pressione organizzativa, possono presentare un rischio maggiore di UNC.

Il presente studio si propone di indagare la percezione delle UNC e i fattori che le influenzano tra gli infermieri delle Unità di Medicina d'Urgenza, tramite l'utilizzo della scala *Unfinished Nursing Care Survey* (UNCS).

MATERIALI E METODI

Tra giugno e settembre 2024, utilizzando il questionario strutturato *Unfinished Nursing Care Survey*, è stato condotto uno studio trasversale somministrato a infermieri operanti in unità di Medicina d'Urgenza di un grande ospedale per acuti del centro Italia. I dati raccolti sono stati analizzati mediante la statistica descrittiva.

RISULTATI

Il campione era composto da 41 infermieri, di cui 37 hanno completato il questionario (90.2%). L'attività più frequentemente omessa/posticipata è risultata essere "effettuare la cura del cavo orale ai pazienti che lo necessitano" (3.24 ± 1.04) riportata dal 94.6% del campione, seguita dall'"assicurare il comfort dei pazienti" (2.97 ± 0.96), riportata dal 91.9%. Al contrario, l'attività meno omessa/posticipata, riportata dall'81.1% del campione, è stata "monitorare la glicemia come da prescrizione" (1.40 ± 0.98). La ragione principale delle UNC è risultata essere, per la totalità, l'inadeguato numero di infermieri (3.56 ± 0.65).

CONCLUSIONI

I risultati evidenziano la presenza delle UNC nelle Unità operative esaminate.

Le attività assistenziali maggiormente omesse riguardano le cure di base e il comfort dei pazienti.

La carenza di personale infermieristico è emersa come il principale fattore associato alle cure omesse o posticipate, sottolineando la necessità di strategie organizzative volte a mitigare l'impatto delle UNC sulla qualità assistenziale.

ABSTRACT BACKGROUND

Unfinished Nursing Care (UNC) are nursing care activities that are omitted or postponed with respect to planning, which can compromise the quality of care. Although the phenomenon has been extensively investigated in different clinical settings, evidence related to emergency medicine units remains limited. These settings, characterized by high care complexity and strong organizational pressure, may present a higher risk of NICUs. The present study aims to investigate perceptions of UNC and the factors

influencing them among nurses in Emergency Medicine units through the use of the Unfinished Nursing Care Survey (UNCS) scale.

MATERIAL AND METHODS

A cross-sectional study was conducted between June and September 2024, using the structured questionnaire "Unfinished Nursing Care Survey," administered to nurses working in the Emergency Medicine units of a large acute care hospital in central Italy. The data collected were analyzed using descriptive statistics.

RESULTS

The sample consisted of 41 nurses, of whom 37 completed the questionnaire (90.2%). The most frequently omitted/postponed activity was "performing" oral care for patients who required it (3.24 ± 1.04), reported by 94.6% of the sample, followed by "ensuring" patient comfort (2.97 ± 0.96), reported by 91.9%. In contrast, the least omitted/postponed activity, reported by 81.1% of the sample, was "monitoring blood glucose as prescribed" (1.40 ± 0.98). The main reason for UNC was found to be the inadequate number of nurses, according to all participants (3.56 ± 0.65).

CONCLUSIONS

The results highlight the presence of UNC across the unit included in the study. The most frequently omitted nursing activities concern basic care and patient comfort. The shortage of nursing staff emerged as the primary factor associated with omitted or postponed care, emphasizing the need for organizational strategies to mitigate the impact of UNC on the quality of care.

INTRODUZIONE

Negli ultimi 15 anni, il fenomeno delle *Unfinished Nursing Care* (UNC)

ha suscitato un crescente interesse nella comunità scientifica.

Conosciuto anche con i termini "missed care" o "rationed care", tale concetto è definito come: "una condizione di scarsità di tempo che attiva un processo di razionamento implicito attraverso la definizione di priorità cliniche da parte del personale infermieristico, con il risultato finale di cure non eseguite"¹.

Una Revisione della letteratura, che ha incluso 42 studi condotti in diversi Paesi, ha evidenziato che tra il 48% e il 98% degli infermieri omette o lascia incompiute una o più attività assistenziali durante il turno di lavoro².

Le UNC rappresentano, dunque, una sfida cruciale per i sistemi sanitari moderni, in quanto compromettono la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti^{3,4,5}.

Esse, infatti, sono associate a esiti clinici peggiori, come un aumento delle infezioni nosocomiali, delle cadute, delle lesioni da pressione e della mortalità intraospedaliera. Inoltre, contribuiscono al prolungamento dei tempi di degenza e all'aumento delle riammissioni ospedaliere, con un significativo impatto economico sui sistemi sanitari^{3,4,5}.

Oltre a incidere negativamente sulla sicurezza e sugli esiti clinici dei pazienti, le UNC hanno ripercussioni significative anche sugli infermieri e sulle organizzazioni: la frustrazione, lo stress e il *burnout*, generati dall'impossibilità di fornire cure complete, compromettono la soddisfazione lavorativa e alimentano il *turnover* infermieristico^{6,7}.

In Italia, il problema delle UNC è aggravato dalla carenza di personale infermieristico.

Secondo l'ultimo rapporto *Health At a Glance: Europe 2024*⁸ dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'Italia conta 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, rispetto a una media europea di 8,5.

Secondo le stime basate sulla popolazione ISTAT 2022, ciò corrisponde a una carenza di circa 118.000 infermieri⁹. Oltre alla scarsità di risorse umane, altri fattori contribuiscono all'insorgenza delle UNC: l'aumento della complessità assistenziale, il tempo richiesto per gestire ricoveri e dimissioni¹⁰, l'assegnazione di attività non professionali - come il ritiro dei vassoi del vitto¹¹, e la carente comunicazione tra i membri del *team* che genera frammentazione delle informazioni e mancato coordinamento delle cure¹².

Uno dei contributi più significativi alla comprensione del fenomeno delle UNC, a livello internazionale, è stato fornito dal progetto RN4CAST¹³.

Questo ampio studio ha analizzato la qualità e la sicurezza delle cure infermieristiche in 14 Paesi europei, tra cui l'Italia.

I risultati hanno evidenziato che la percentuale di cure percepite come omesse dagli infermieri è particolarmente alta nei reparti di Medicina e Chirurgia, variando dal 75% in Inghilterra fino al 93% in Germania, con una media complessiva dell'88% tra i Paesi partecipanti¹³. In Italia, RN4CAST ha coinvolto oltre 3.000 infermieri di reparti medici e chirurgici in 40 ospedali di 13 regioni, utilizzando un questionario che, oltre a indagare le omissioni di 13 attività assistenziali, ha considerato aspetti legati all'ambiente lavorativo, alla soddisfazione professionale e al *burnout*.

Le attività maggiormente omesse includevano l'igiene orale (49.5%), l'educazione del paziente e del caregiver (45.3%) e la deambulazione assistita (55%)¹⁴. Studi condotti in ospedali italiani hanno confermato che l'igiene orale è l'attività più frequentemente omessa, con percentuali che raggiungono il 59%^{15,16}.

Per misurare il fenomeno delle UNC, in letteratura, sono stati sviluppati diversi strumenti¹⁷, tra cui: il *MIS-*

*SCARE Survey*¹⁸, il *Basel Extent of Rationing of Nursing Care* (BERNCA)¹⁹ e il *Task Undone Survey*²⁰.

Recentemente, in Italia, è stata sviluppata e validata la scala *Unfinished Nursing Care Survey* (UNCS)²¹, uno strumento che integra i contenuti delle scale esistenti per offrire una valutazione più completa e aderente alla pratica infermieristica attuale e alla sua complessità²¹. Diversi studi^{15,16} hanno impiegato la scala UNCS per misurare la frequenza e i motivi delle UNC.

Tuttavia, ad oggi, nessuna ricerca si è focalizzata sulle Unità di Medicina d'Urgenza, ambienti caratterizzati da elevata variabilità clinica e intensità assistenziale.

Inoltre, mancano studi recenti che analizzino l'impatto dei fattori organizzativi legati alla carenza del personale in questi contesti, nonostante la crescente pressione a cui sono sottoposti gli infermieri.

Indagare il fenomeno delle UNC nelle Unità di Medicina d'Urgenza risulta, perciò, fondamentale per intercettare tempestivamente le criticità assistenziali, prevenire eventi avversi e migliorare la qualità delle cure.

L'utilizzo della scala UNCS in tale contesto può contribuire a individuare le aree più vulnerabili, fornendo informazioni utili per pianificare interventi organizzativi e formativi volti a garantire un'assistenza più sicura ed efficace.

Questo studio, attraverso l'utilizzo della scala UNCS, si propone di indagare la percezione delle UNC e le ragioni che le influenzano tra gli infermieri di Medicina d'Urgenza in un grande ospedale per acuti del centro Italia.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

È stato condotto uno studio trasversale monocentrico, redatto secondo le raccomandazioni *Strengthening*

the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)²².

Campionamento e setting

È stato arruolato il personale infermieristico che prestava servizio in tre reparti di Medicina d'Urgenza di un grande ospedale per acuti del centro Italia.

Il reclutamento è avvenuto mediante un campionamento di convenienza non probabilistico.

In tutto, 41 infermieri, di cui 37 hanno compilato la *survey*, con un tasso di rispondenza del 90.2%.

Sono stati inclusi tutti gli infermieri in servizio durante il periodo di raccolta dati, che prestavano assistenza diretta ai pazienti e che hanno espresso volontariamente il consenso a partecipare allo studio (esclusi quelli che non svolgevano attività assistenziale diretta ai pazienti e quanti assenti dal servizio per un periodo prolungato, poiché non hanno potuto prendere parte alla sessione informativa sulle modalità di compilazione della *survey*).

Raccolta dati

La raccolta dei dati è avvenuta tra giugno e settembre 2024 tramite una *survey* distribuita attraverso la piattaforma Google Forms.

Un assistente di ricerca, formato da un ricercatore esperto, ne ha gestito la distribuzione e garantito il rispetto delle procedure previste.

Strumenti

Per misurare la percezione delle UNC e le relative ragioni è stata utilizzata la scala UNCS²¹, che si compone di 39 *item*, suddivisi in due sezioni. Lo strumento riprende elementi presenti nel *MISSCARE* e nel *BERNCA*.

La prima sezione è composta da 21 *item* che misurano le cure infermieristiche omesse/posticipate dove viene chiesto ai partecipanti di indicare, secondo la loro percezione, la frequenza con la quale 21 attività infermieristiche sono state omesse/posticipate nella

loro Unità operativa, negli ultimi sette giorni.

Le attività considerate riguardano le cure di base, la comunicazione tra assistiti ed équipe, il monitoraggio dello stato di salute, la rivalutazione degli interventi erogati e la prevenzione di eventi avversi in pazienti a rischio.

Il punteggio è espresso su una scala Likert a 5 punti da 1 ("mai omesso") a 5 ("sempre omesso"), con la possibilità di selezionare come risposta anche: "non è un'attività applicabile nel mio contesto".

La seconda sezione è composta da 18 *item* che misurano le ragioni percepite delle cure infermieristiche

omesse/posticipate. Il punteggio è espresso su una scala Likert a 4 punti, da 1 ("ragione non significativa") a 4 ("ragione molto significativa").

Infine, è presente una sezione aggiuntiva costituita da 26 *item*, che raccoglie le informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche del campione, l'organizzazione del lavoro, la percezione delle risorse e la soddisfazione professionale (età, genere, titolo di studio, esperienza nel ruolo, profilo orario, pazienti in carico, accessi e dimissioni gestite, intenzione di cambiare Unità operativa, adeguatezza del personale infermieristico e di supporto).

Lo strumento ha mostrato un'elevata accettabilità (>90%).

La Parte A ha evidenziato una buona scalabilità ($H = .52$), suggerendo una struttura gerarchica coerente tra gli *item*.

I sei fattori identificati nella Parte B spiegano il 64,3% della varianza totale, con una buona consistenza interna ($= .80$), confermata tramite Analisi Fattoriale Confermativa²¹.

Il tempo stimato per il completamento della *survey* è stato di 25-30 minuti.

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati organizzati in un foglio di calcolo Excel (versione 2410) e analizzati mediante la statistica descrittiva.

Le variabili categoriche sono state descritte in termini di frequenze assolute e percentuali. Quelle continue utilizzando misure di tendenza centrale, quali la media, e di dispersione, come la deviazione *standard*.

Considerazioni etiche

Prima dell'avvio dello studio (condotto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003), è stata richiesta l'approvazione dell'*Institutional Review Board*, che ha autorizzato la ricerca (protocollo n. #0013330/24).

I dati sono stati trattati in forma ano-

| Variabile | Categorie | N (%) | M (±DS) |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------|
| Genere | Maschi | 13 (35.1) | |
| | Femmine | 24 (64.9) | |
| Età media (anni) | | | 39.9 (±8.85) |
| | 26-34 | 12 (32.4) | |
| | 35-44 | 12 (32.4) | |
| | 45-56 | 13 (35.2) | |
| Anni di servizio medi | | | 14.3 (±8.30) |
| | 1-5 | 5 (13.5) | |
| | 6-10 | 10 (27.0) | |
| | >10 | 22 (59.5) | |
| Formazione | Diploma universitario | 3 (8.1) | |
| | Laurea triennale | 34 (91.9) | |
| | Laurea Magistrale | 1 (3.0) | |
| | Master | 17 (46.0) | |
| Profilo orario | Diurnisti | 6 (16.2) | |
| | Turnisti | 31 (83.8) | |
| Soddisfazione professionale | | | |
| Si | | 25 (67.6) | |
| No | | 6 (16.2) | |
| Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a | | | |
| Soddisfazione del lavoro di équipe | | | |
| Si | | 24 (64.9) | |
| No | | 8 (21.6) | |
| Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a | | | |
| Intenzione di lasciare l'unità operativa | | | |
| Si | | 16 (43.3) | |
| No | | 21 (56.7) | |
| Pazienti in carico | | | 9,6 (±1.53) |
| Ricoveri gestiti | | | 1,4 (±1.50) |
| Dimissioni gestite | | | 1,3 (±1.20) |

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche e professionali del campione (N= 37)

Note: N, Numero; M, Media; DS, Deviazione Standard

nima e utilizzati esclusivamente per le finalità dello studio, senza alcuna diffusione o comunicazione di dati sensibili o personali.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Il campione era prevalentemente di genere femminile (64,9%) e la fascia di età maggiormente rappresentata era quella tra 45 e 56 anni (35,2%).

Quasi tutti i partecipanti (91,9%) erano laureati triennali e, di questi, circa la metà (49%) possedeva una formazione post-base tra *master* (46%) e Laurea magistrale (3%). In merito all'esperienza lavorativa, la maggior parte del campione (59,5%) aveva più di 10 anni di servizio, il 13,5% aveva un'esperienza lavorativa tra 1 e 5 anni.

La maggioranza degli infermieri (83,8%) lavorava come turnista, mentre una percentuale più esigua (16,2%) come diurnista. La **tabella 1** sintetizza le caratteristiche socio-demografiche e professionali del campione.

Mediamente, gli infermieri avevano in carico 9,6 (± 1.53) pazienti, gestivano 1,4 (± 1.50) ricoveri e 1,3 (± 1.20) dimissioni. Il 67,6% dei partecipanti riportava soddisfazione per la propria professione, e il 64,9% per il lavoro di *équipe*. E il 56,7% non aveva intenzione di cambiare Unità operativa.

Il punteggio medio di attività omesse/posticipate della UNCS è stato di 2,39 (± 0.12) su 5, indicando una bassa prevalenza di UNC, con una frequenza compresa tra "*raramente*" e "*occasionalmente*".

Le attività più frequentemente omesse erano: "effettuare la cura del cavo orale ai pazienti che lo necessitano" e "assicurare il comfort dei pazienti", con dei punteggi medi, rispettivamente, di (3,24 \pm 1.04) e (2,97 \pm 0.96).

Al contrario, l'attività meno omessa/

posticipata (81,1%) è stata "monitorare la glicemia come da prescrizione", che ha riportato un punteggio medio di (1,40 \pm 0.98).

La **tabella 2** sintetizza le cure infermieristiche omesse/posticipate della UNCS.

Tutti i partecipanti hanno indicato, come fattore principale che influenza le UNC, la carenza di risorse umane (3.51 \pm 0.69), seguita dalla gestione del *workflow* (3.20 \pm 0.81), riportata dal 97,3% del campione.

In relazione alla dimensione comunicativa, il verificarsi delle UNC è stato attribuito per il 94,5% alla presenza di tensioni tra staff medico e infermieristico (3.02 \pm 0.93) e per il 94,5% alla mancanza di supporto/collaborazione da parte dei membri del team (3.16 \pm 0.93).

In generale, la ragione più rilevante emersa è stata il numero insufficiente di infermieri (3.56 \pm 0.65), indicata da tutti i partecipanti.

La **tabella 3** sintetizza le ragioni delle cure infermieristiche omesse/posticipate della UNCS.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questo studio era indagare la percezione delle UNC e dei fattori che le influenzano, secondo gli infermieri di Medicina d'Urgenza in un grande ospedale per acuti del centro Italia.

I risultati ottenuti forniscono un quadro chiaro e coerente con quanto riportato dalla letteratura nazionale e internazionale, evidenziando come la carenza di risorse e il carico di lavoro siano percepiti dagli infermieri come possibili ragioni delle UNC.

Il campione dello studio era composto prevalentemente da infermieri di genere femminile, con formazione universitaria e turnisti. Queste caratteristiche socio-demografiche sono state riscontrate anche in altri studi che hanno indagato le UNC in cui la maggior parte del campione

era costituito da donne con formazione universitaria^{15,16,23}.

Quasi la totalità degli infermieri ha riferito di omettere o posticipare molte delle 21 attività assistenziali indagate: questo risultato è coerente con quanto rilevato dallo studio condotto da Jones et al², secondo cui tra il 48% e il 98% degli infermieri riferiva di aver lasciato incompiuta una o più attività assistenziali. Percentuali analoghe sono state riscontrate anche nello studio RN-4CAST, che ha evidenziato come, a livello europeo, i tassi di omissione variano dal 75% all'88%¹³. Le attività maggiormente omesse sono risultate essere "la cura del cavo orale ai pazienti che lo necessitano" e "assicurare il comfort dei pazienti". Questi risultati sono coerenti con quanto riportato da studi italiani condotti da Cengia et al.¹⁵ e da Parise et al.¹⁶, e in linea con evidenze internazionali²⁴, che identificano la cura del cavo orale come l'attività maggiormente omessa e/o posticipata dagli infermieri.

Tuttavia, poiché alcune delle suddette attività sono condivise con altri operatori sanitari, si potrebbe ipotizzare che la mancanza di una comunicazione efficace e di una collaborazione strutturata potrebbe aver contribuito alla loro omissione. In contesti in cui le risorse sono limitate e il carico di lavoro è elevato, è possibile che gli infermieri tendano a privilegiare attività percepite come più urgenti, trascurando quelle considerate meno prioritarie o di competenza di altre figure professionali. Infatti, tra le possibili ragioni delle UNC, gli infermieri hanno indicato la scarsità di risorse, come il numero insufficiente di infermieri, e il sovraccarico di lavoro: dati in linea con la maggior parte della letteratura internazionale e italiana^{15,16,23,24,25}, che identifica la carenza di personale infermieristico e l'elevato *turnover* dei pazienti come i principali

| CURE INFERMIERISTICHE OMESSE/POSTICIPATE | N | M | SD | % di risposte NA (non è un'attività applicabile nel mio contesto) | % di risposte uguali ad 1 (mai omessa)* | % di risposte maggiori di 1** | % di risposte uguali a 5 (sempre omessa)*** |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| Effettuare le cure igieniche ai pazienti che lo necessitano | 37 | 2.35 | 1.12 | 5.4 | 24.3 | 70.3 | 2.7 |
| Effettuare la cura del cavo orale ai pazienti che lo necessitano | 37 | 3.24 | 1.04 | 2.7 | 2.7 | 94.6 | 10.8 |
| Effettuare la valutazione fisica/obiettiva dei pazienti (es. valutare lo stato dell'integrità cutanea, i siti di inserzione dei presidi) | 37 | 2.21 | 1.20 | 0.0 | 35.1 | 64.9 | 2.7 |
| Monitorare e medicare le lesioni da pressione secondo i protocolli | 37 | 2.19 | 1.24 | 0.0 | 37.8 | 62.2 | 5.4 |
| Monitorare la glicemia come da prescrizione | 37 | 1.40 | 0.98 | 0.0 | 81.1 | 18.9 | 2.7 |
| Monitorare i parametri vitali come da pianificazione | 37 | 1.51 | 1.04 | 0.0 | 75.7 | 24.3 | 2.7 |
| Somministrare la terapia farmacologica al bisogno entro 15 minuti dall'insorgere della problematica | 37 | 2.50 | 1.22 | 0.0 | 48.6 | 51.4 | 2.7 |
| Sorvegliare gli effetti della terapia farmacologica somministrata | 37 | 2.08 | 1.23 | 0.0 | 45.9 | 54.1 | 2.7 |
| Assicurare il comfort dei pazienti (es. microclima, postura) | 37 | 2.97 | 0.96 | 0.0 | 8.1 | 91.9 | 2.7 |
| Monitorare il dolore come da pianificazione | 37 | 2.46 | 1.10 | 0.0 | 21.6 | 78.4 | 2.7 |
| Dedicare tempo ai pazienti ed ai loro caregiver | 37 | 2.86 | 1.13 | 0.0 | 16.2 | 83.8 | 2.7 |
| Comunicare con i pazienti ed i loro caregiver | 37 | 2.81 | 1.08 | 0.0 | 13.5 | 86.5 | 2.7 |
| Coinvolgere i pazienti ed i caregiver nella pianificazione della dimissione | 37 | 2.67 | 0.91 | 0.0 | 10.8 | 89.2 | 2.7 |
| Educare pazienti ed i caregiver alla gestione delle cure da proseguire a domicilio | 37 | 2.67 | 1.00 | 0.0 | 10.8 | 89.2 | 2.7 |
| Rispondere rapidamente alla chiamata dei pazienti (entro 5 minuti) | 37 | 2.67 | 1.06 | 0.0 | 16.2 | 83.8 | 2.7 |
| Prevenire gli esiti negativi nei pazienti individuati a rischio (es. cadute, lesioni da pressione, malnutrizione) | 37 | 2.51 | 1.19 | 0.0 | 27.0 | 73.0 | 2.7 |
| Prevenire le infezioni correlate all'assistenza rispettando le buone pratiche (es. lavaggio delle mani tra un paziente e l'altro, mantenimento del circuito chiuso nel catetere vescicale) | 37 | 2.08 | 1.12 | 0.0 | 37.8 | 62.2 | 2.7 |
| Supervisionare le attività assegnate al personale di supporto | 37 | 2.86 | 1.21 | 0.0 | 18.9 | 81.1 | 5.4 |
| Valutare l'efficacia delle attività assistenziali erogate, ad esempio recandosi dai pazienti per accertarsi che i loro bisogni di assistenza siano stati presi in carico | 37 | 2.81 | 1.17 | 0.0 | 16.2 | 83.8 | 8.1 |
| Compilare/aggiornare in modo esaustivo la documentazione/il piano assistenziale | 37 | 2.22 | 1.16 | 0.0 | 35.1 | 64.9 | 2.7 |
| Informare adeguatamente sulla situazione dei pazienti il team infermieristico del turno successivo attraverso il passaggio delle consegne | 37 | 1.57 | 0.99 | 0.0 | 64.9 | 35.1 | 2.7 |
| PUNTEGGIO TOTALE | 37 | 2.39 | 0.12 | | | | |

Tabella 2 - Cure infermieristiche omesse/posticipate della UNCS

Legenda: N, Numero; M, media; DS, deviazione standard.

*Percentuale di risposte pari ad 1 sulla scala Likert della UNCS (calcolo delle risposte indicate come mai omessa)

**Percentuale di risposte maggiori di 1 sulla scala Likert della UNCS (calcolo delle risposte indicate come raramente, occasionalmente, frequentemente e sempre omessa)

***Percentuale di risposte uguali a 5 (calcolo delle risposte indicate come sempre omessa)

fattori alla base delle cure omesse o posticipate.

Uno studio recente di Sist et al.²⁶ conferma che le priorità assistenziali sono influenzate da diversi fattori, tra cui le condizioni cliniche del paziente e il tempo a disposizione. Di conseguenza, attività come la cura e l'igiene del cavo orale tendono a essere trascurate in presenza di situazioni assistenziali più complesse.

Le implicazioni delle UNC non riguardano solo la qualità assistenziale, ma anche il benessere degli infermieri.

Studi di Stemmer et al.⁶ e Alsubhi et al.⁷ hanno evidenziato come condizioni di stress lavorativo, legate alla carenza di personale e al sovraccarico di lavoro, siano associate a frustrazione e *burnout* tra gli infermieri. Tuttavia, nel presente studio, pur riferendo di percepire un elevato carico di lavoro e una carenza di personale, la maggior parte degli infermieri si è dichiarata "soddisfatta della propria professione" e non ha manifestato l'intenzione di cambiare reparto. Questo dato è in controtendenza rispetto ai risultati dello studio RN4CAST, che ha riportato un *turnover* infermieristico del 36%, influenzato principalmente dall'aumento del carico di lavoro e dalla conseguente insoddisfazione professionale¹⁴. Una possibile

| RAGIONI DELLE CURE INFERM. OMESSE/POSTICIPATE | N | M | SD | % di risposte pari a 1 (ragione non significativa)* | % di risposte superiori a 1** |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|-------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|
| COMUNICAZIONE | - | 2.96 | 0.93 | 7.1 | 92.9 |
| Presenza di tensioni tra i membri dello staff infermieristico | 37 | 2.67 | 1.03 | 13.5 | 86.5 |
| Comunicazioni interrotte/incomplete tra i membri dello staff infermieristico | 37 | 3.00 | 0.88 | 5.4 | 94.5 |
| Presenza di tensioni tra staff medico e staff infermieristico | 37 | 3.02 | 0.93 | 5.4 | 94.5 |
| Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff medico e staff infermieristico | 37 | 2.95 | 0.88 | 5.4 | 94.5 |
| Mancanza di supporto/collaborazione da parte dei membri del team | 37 | 3.16 | 0.93 | 5.4 | 94.5 |
| PRIORITY SETTING | - | 2.63 | 0.92 | 11.7 | 88.3 |
| Inadeguato modello organizzativo di erogazione delle cure infermieristiche (es. modello per compiti) | 37 | 2.65 | 0.82 | 8.1 | 91.9 |
| Errata attribuzione delle priorità | 37 | 2.70 | 1.02 | 13.5 | 86.5 |
| Inadeguata revisione delle priorità durante il turno | 37 | 2.54 | 0.93 | 13.5 | 86.5 |
| SUPERVISIONE OSS | - | 2.83 | 0.84 | 3.6 | 96.4 |
| Mancata o tardiva segnalazione da parte dell'operatore sanitario | 37 | 2.80 | 0.82 | 2.7 | 97.3 |
| Inadeguata supervisione delle attività affidate agli operatori di supporto | 37 | 2.70 | 0.81 | 2.7 | 97.3 |
| Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff infermieristico e operatori di supporto | 37 | 3.00 | 0.88 | 5.4 | 94.6 |
| RISORSE MATERIALI | - | 2.96 | 0.82 | 3.6 | 96.4 |
| Farmaci prescritti non disponibili | 37 | 3.10 | 0.70 | 0.0 | 100 |
| Tecnologia non disponibile/non funzionante quando necessario | 37 | 2.89 | 0.84 | 5.4 | 94.6 |
| Altre strutture non hanno assicurato le prestazioni attese (es. ritardo nelle diagnostiche, nelle prestazioni professionali) | 37 | 2.89 | 0.91 | 5.4 | 94.6 |
| RISORSE UMANE | - | 3.51 | 0.69 | 0.0 | 100 |
| Numero insufficiente di infermieri | 37 | 3.56 | 0.65 | 0.0 | 100 |
| Numero insufficiente di operatori di supporto | 37 | 3.45 | 0.73 | 0.0 | 100 |
| WORKFLOW PREDICTABILITY | - | 3.20 | 0.81 | 2.7 | 97.3 |
| Aumento inatteso del numero di pazienti in condizioni critiche | 37 | 3.27 | 0.77 | 0.0 | 100 |
| Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante i turni | 37 | 3.13 | 0.86 | 5.4 | 94.6 |

Tabella 3 - Le ragioni delle cure infermieristiche omesse/posticipate della UNCS

Legenda: N, Numero; M, media; DS, deviazione standard. UNCS, Unfinished Nursing Care Survey; una scala Likert a 4 punti, da 1 "ragione non significativa" a 4 "ragione molto significativa".

*Percentuale di risposte pari ad 1 sulla scala Likert della UNCS (calcolo delle risposte indicate come non significative).

**Percentuale di risposte maggiori di 1 sulla scala Likert della UNCS (calcolo delle risposte indicate come ragione poco significativa, ragione moderatamente significativa, ragione molto significativa).

spiegazione di questa discrepanza potrebbe risiedere nelle caratteristiche del campione: gli infermieri coinvolti nello studio avevano un'età media di circa 40 anni, il che suggerisce che si poteva trattare di un gruppo relativamente giovane, ergo potenzialmente più resiliente e motivato, ma, al contempo, con un'esperienza lavorativa sufficiente a gestire situazioni di stress senza percepirne un impatto eccessivamente negativo sulla soddisfazione professionale. Inoltre, è ipotizzabile che il rapporto infermiere-paziente nei reparti coinvolti fosse adeguato rispetto agli standard di riferimento, consentendo una gestione più efficace del carico assistenziale. Ciò potrebbe aver contribuito a mitigare gli effetti negativi delle UNC sulla percezione della qualità del lavoro e sul desiderio di lasciare l'Unità operativa. In tal senso, le strategie di supporto organizzativo (come una gestione adeguata dei turni e una distribuzione equilibrata del carico assistenziale) potrebbero aver contribuito a mantenere un buon livello di soddisfazione tra gli infermieri, nonostante le sfide associate alla carenza di risorse.

In linea con quanto riportato dalla letteratura², una delle principali strategie per affrontare le UNC dovrebbe essere la rimodulazione del carico di lavoro infermieristico attraverso una pianificazione più efficace delle risorse umane; un incremento del personale di supporto nelle Unità operative, al fine di garantire una migliore distribuzione delle attività assistenziali che consenta di dedicare maggiore attenzione come l'igiene del cavo orale, il comfort al paziente, la relazione con il paziente ed i suoi caregiver.

Un'altra area su cui si potrebbe intervenire è il miglioramento della comunicazione e della collaborazione tra i membri dell'equipe multidisciplinare, per prevenire malintesi e

ridurre frammentazioni nelle cure. L'adozione di pratiche di comunicazione standardizzate, come il *briefing* prima del turno, potrebbe rappresentare uno strumento per ridurre e prevenire le UNC e migliorare la continuità assistenziale.

Dal punto di vista formativo, si potrebbero rafforzare, all'interno dei corsi di laurea triennale e nei programmi di aggiornamento professionale, le aree relative alle competenze organizzative, alle abilità comunicative e alla gestione delle priorità assistenziali, anche attraverso corsi specifici basati su *Fundamental Care*. Inoltre, l'impiego di simulazioni e casi clinici centrati sulle UNC potrebbe contribuire ad accrescere la consapevolezza del fenomeno e a promuovere strategie preventive efficaci.

Tuttavia, malgrado i risultati incoraggianti, lo studio non è scevro da limiti. Il disegno monocentrico e l'esiguo

numero campionario non permettono la generalizzabilità dei risultati. La raccolta dati tramite *survey self-report* potrebbe aver introdotto un *bias* di auto-segnalazione, legato alla desiderabilità sociale.

Al fine di poter superare queste limitazioni, in futuro, sarebbe auspicabile condurre uno studio multicentrico tenendo conto anche di altri *setting* e coinvolgendo un numero maggiore di partecipanti.

CONCLUSIONI

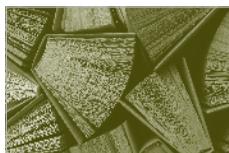
I risultati confermano che le UNC rappresentano una problematica rilevante anche nei contesti di Medicina d'urgenza. Le attività più frequentemente omesse riguardano l'assistenza di base, in particolare la cura del cavo orale e il comfort del paziente.

Secondo gli infermieri, la causa principale è la carenza di personale, seguita da una gestione inefficace

del lavoro e da difficoltà comunicative nell'équipe.

Questi risultati evidenziano la necessità di strategie organizzative mirate e aprono la strada a ulteriori ricerche, utili a esplorare interventi efficaci per ridurre le cure mancate e migliorare la qualità assistenziale. Sebbene il presente studio non abbia valutato direttamente l'effetto di specifici interventi organizzativi, i risultati emersi supportano l'ipotesi, già documentata in studi precedenti^{13,26}, che azioni mirate sul piano della pianificazione delle risorse, del rapporto infermiere/paziente e del supporto organizzativo possano incidere positivamente sulla riduzione delle UNC.

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



Bibliografia

1. Jones T, Willis E, Amorim-Lopes M, Drach-Zahavy A, Advancing the science of unfinished nursing care: exploring the benefits of cross-disciplinary knowledge exchange, knowledge integration and transdisciplinarity. *J Adv Nurs*. 2019;75(4):905–17. doi:10.1111/jan.13948
2. Jones T, Drach-Zahavy A, Sermeus W, Willis E, Zelenikova R, Understanding missed care: definitions, measures, conceptualizations, evidence, prevalence, and challenges. In: Kalisch BJ, editor. *Missed Nursing Care: From Research to Practice*. Cham: Springer; 2021. p. 9–47. doi:10.1007/978-3-030-71073-6_2
3. Kalánková D, Kirwan M, Bartoníková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R, Missed, rationed or unfinished nursing care: a scoping review of patient outcomes. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):1783–97. doi:10.1111/jonm.12978
4. Chaboyer W, Harbeck E, Lee B, Grealish L, Missed nursing care: an overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci*. 2021;37(2):82–91. doi:10.1002/kjm2.12308
5. Kohanová D, Gurová E, Kirwan M, Žiaková K, Kurucová R, Nursing students' perceptions of unfinished nursing care: a cross-sectional study. *Nurse Educ Pract*. 2024;76:103942. doi:10.1016/j.nepr.2024.103942
6. Stemmer R, Bassi E, Ezra S, Harvey C, Jojo N, Meyer G et al, A systematic review: unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention-to-leave and turnover. *J Adv Nurs*. 2022;78(8):2290–303. doi:10.1111/jan.15286
7. Alsubhi H, Meskell P, O'Shea D, Doody O, Missed nursing care and nurses' intention to leave: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):1830–40. doi:10.1111/jonm.13069
8. OECD, European Commission. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2024. doi:10.1787/b3704e14-en
9. Di Bartolo P, OCSE 2022: ruolo chiave degli infermieri nell'assistenza, ma sono troppo pochi [Internet]. Rome: FNOPI; 2022 [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://www.fnopi.it/2022/12/07/ocse-2022-haag>
10. Chiappinotto S, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C et al, Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. *BMC Nurs*. 2022;21(1):141. doi:10.1186/s12912-022-00890-6
11. Grosso S, Tonet S, Bernard I, De Marchi D, Dorigo L, Funes G et al, Strategie per prevenire le attività "non infermieristiche": risultati di uno studio descrittivo. *L'Infermiere* [Internet]. 2019 Jan [cited 2024 Oct 10];56(1):e10–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=135687932>
12. Cartaxo A, Mayer H, Eberl I, Bergmann J.M, Missing nurses cause missed care: is that it? Non-trivial configurations of reasons associated with missed care in Austrian hospitals—a qualitative comparative analysis. *BMC Nurs*. 2024;23(1):282. doi:10.1186/s12912-024-01923-y
13. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Dasso N, Rossi S, Aleo G et al, Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The RN4CAST@IT cross sectional study. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2136–45. doi:10.1111/jonm.13139
14. Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A et al, The general results of the RN4CAST survey in Italy. *J Adv Nurs*. 2017;73(9):2028–30. doi:10.1111/jan.13066
15. Cengia M.G, Palese A, Saiani L, Brugnaro L, Di Falco A, Mezzalana E et al, Frequency and reasons for missed nursing care: a cross-sectional study in Veneto Region hospital. *Prof Inferm*. 2024;43(3):105–17.
16. Parise E, Rosi I.M, Randall M.K, Rancati S, Missed nursing care: studio descrittivo sulla percezione degli infermieri di un grande ospedale milanese. *Ital J Nurs*. 2021;(35):34–9. [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=151087205>
17. Bassi E, Tartaglino D, Palese A, Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review. *Prof Inferm*. 2018;37(1):12–24.
18. Kalisch B.J, Landstrom G.L, Williams R.A, Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009;57(1):3–9. doi:10.1016/j.outlook.2008.05.007
19. Schubert M, Glass T.R, Clarke S.P, Schaffert-Witvliet B, De Geest S, Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res*. 2007;56(6):416–24. doi:10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62
20. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J.A, Busse R, Clarke H et al, Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):43–53. doi:10.1377/hlthaff.20.3.43
21. Bassi E, Tartaglino D, Valpiani G, Grassetti L, Palese A, Unfinished Nursing Care Survey: a development and validation study. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2061–71. doi:10.1111/jonm.13170
22. Von Elm E, Altman D.G, Egger M, Pocock S.J, Gøtzsche P.C, Vandenbroucke J.P, The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296
23. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P et al, Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med*. 2015;10(6):693–702. doi:10.1007/s11739-015-1232-6
24. Mainz H, Tei R, Andersen K.V, Lisby M, Gregersen M, Prevalence of missed nursing care and its association with work experience: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100196. doi:10.1016/j.ijnsa.2024.100196
25. Bruyneel A, Bouckaert N, Pirson M, Sermeus W, Van Den Heede K, Unfinished nursing care in intensive care units and the mediating role of the association between nurse working environment, and quality of care and nurses' wellbeing. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;81:103596. doi:10.1016/j.iccn.2023.103596
26. Sist L, Pezzolati M, Ugenti N.V, Cedioli S, Messina R, Chiappinotto S et al, Nurses prioritization processes to prevent delirium in patients at risk: findings from a Q-methodology study. *Geriatr Nurs*. 2024;58:59–68. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.05.002

I cambiamenti climatici e la salute: studio trasversale sulle conoscenze e le attitudini dei professionisti sanitari

Climate change and health: cross-sectional study on the knowledge and attitudes of health professionals

Francesco Riccardo, Coordinatore infermieristico, ASL Na 2, Napoli

Anna Arnone, Infermiera, A.O.U. "Federico II", Napoli

Parole chiave

Cambiamento climatico, salute, professionisti sanitari

Keywords

Climate change, health, health professionals

ABSTRACT **INTRODUZIONE**

Il cambiamento climatico rappresenta la più grande minaccia sanitaria del XXI secolo, in quanto influisce direttamente - ed indirettamente - sulla salute e sul benessere della popolazione.

Durante la conferenza presieduta dalle Nazioni Unite e denominata COP-28, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che il cambiamento climatico e il conseguente inquinamento atmosferico sono responsabili delle morti di circa sette milioni di persone nel mondo ogni anno, di cui i più colpiti sono i bam-

bini, gli anziani e i residenti in Paesi in via di sviluppo.

Inoltre, tra il 2030 e il 2050, è previsto un aumento di circa 250 mila morti in più ogni anno, con costi legati ai danni per la salute compresi tra i due e i quattro miliardi di dollari l'anno. Gli operatori sanitari hanno un ruolo fondamentale nella lotta alle conseguenze sanitarie del cambiamento climatico.

Tuttavia, le conoscenze specifiche sul tema sono scarsamente indagate in Italia.

OBIETTIVI

Questo studio ha valutato il livello di conoscenza, attitudini e comportamenti dei professionisti

sanitari italiani sul cambiamento climatico e le sue implicazioni sulla salute.

MATERIALI E METODI

Lo studio trasversale, condotto tra aprile e agosto 2024, ha coinvolto 162 professionisti sanitari in Campania, selezionati tramite un questionario auto-somministrato *online*.

RISULTATI

Il 50% dei partecipanti ha dichiarato un livello di conoscenza medio dell'argomento. Le cause principali del cambiamento climatico indicate sono state: l'inquinamento atmosferico (83,3%) e la distruzione di

foreste e terreni agricoli (64,8%). Solo il 39,5% ritiene che le azioni del personale sanitario possano mitigare il cambiamento climatico.

Tra i limiti dello studio vi sono un possibile *bias* di selezione e la limitata rappresentatività geografica.

CONCLUSIONI

Per rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria in materia di cambiamento climatico, risulta necessaria l'implementazione di programmi formativi e di sensibilizzazione sul tema.

ABSTRACT BACKGROUND

Climate change represents the greatest health threat of the twenty-first century, as it directly and indirectly affects the health and well-being of the population. During the conference chaired by the United Nations and called COP-28, the World Health Organization declared that climate change and the resulting air pollution are responsible for the deaths of about 7 million people in the world every year, of which the most affected are children, the elderly and residents of developing countries.

In addition, an increase of about 250,000 additional deaths is expected each year between 2030 and 2050, with costs related to health damage of between \$2 billion and \$4 billion for year.

Health professionals have a critical role to play in combating the health consequences of climate change. However, specific knowledge on the subject is scarcely investigated in Italy.

OBJECTIVE

The study assessed the level of knowledge, attitudes and behaviours of Italian healthcare professionals with respect to climate change and its implications on health.

MATERIAL AND METHODS

The cross-sectional study, conducted between April and August 2024, involved 162 health professionals in Campania, selected through an online self-administered questionnaire.

RESULTS

The 50% of participants reported an average level of knowledge. The main causes of climate change indicated were air pollution (83,3%) and the destruction of forests and agricultural land (64,8%). Only 39,5% believe that the actions of health workers can mitigate climate change. Limitations of the study include possible selection bias and limited geographic representativeness.

CONCLUSIONS

The implementation of training and awareness-raising programmes is necessary to strengthen health literacy on climate change.

INTRODUZIONE

Il cambiamento climatico rappresenta la più grande minaccia sanitaria del XXI secolo, in quanto influisce direttamente ed indirettamente sulla salute e sul benessere della popolazione (1).

Fenomeni quali temperature estreme, inquinamento atmosferico, aumento degli allergeni nell'ambiente, innalzamento del livello del mare, diffusione di malattie infettive causate da vettori animali o acqua e alimenti contaminati, malnutrizione da carenze idrico-alimentari e distruzione di interi ecosistemi hanno comportato - e comporteranno - in futuro, un aumento di patologie cardiovascolari (legate al calore o freddo estremo), patologie respiratorie (legate all'inquinamento dell'aria), aumento delle patologie mentali, infortuni e migrazione di popolazioni colpite da eventi meteorologici

estremi (2; 3; 4; 5; 6).

Durante la conferenza presieduta dalle Nazioni Unite e denominata COP-28, l'OMS ha dichiarato che il cambiamento climatico e il conseguente inquinamento atmosferico sono responsabili delle morti di circa sette milioni di persone nel mondo ogni anno, di cui i più colpiti sono i bambini, gli anziani e i residenti in Paesi in via di sviluppo. Inoltre, sempre l'OMS ha stimato un aumento di circa 250 mila morti in più ogni anno tra il 2030 e il 2050, con costi legati ai danni per la salute compresi tra i due e i quattro miliardi di dollari all'anno (7).

In questo contesto, **gli operatori sanitari hanno - e avranno - un ruolo fondamentale nella lotta alle conseguenze sulla salute causate dal cambiamento climatico, di più in futuro.**

Le conoscenze in ambito sanitario (specifiche per il cambiamento climatico, intese come conoscenza dei rischi e degli effetti e degli interventi di educazione e promozione della salute) sono essenziali per controllare il clima e migliorare la salute della popolazione.

La preparazione del personale sanitario rappresenta un intervento fondamentale al contrasto delle conseguenze del cambiamento climatico: per questo, diventa importante aumentarne la consapevolezza e la responsabilizzazione verso la problematica (8; 9; 10).

Non conosciamo la preparazione e l'impegno degli operatori sanitari verso la problematica nel mondo, ma la tematica circa l'importanza della conoscenza, la consapevolezza e la competenza degli impatti sulla salute del cambiamento climatico sono scarsamente presenti nella letteratura scientifica in Italia. Certo, precedenti studi suggeriscono differenze di competenza sulle cause e gli effetti della problemati-

ca per quanto concerne gli operatori sanitari, nonché sul loro ruolo nell'affrontarlo, laddove, la maggior parte pare “*non sentirsi capace e preparato*” nell'affrontarne le conseguenze sulla salute (11; 12; 13; 14).

Pertanto, data la scarsità di evidenze, questo studio si propone di indagare il livello di conoscenza e attitudini dei professionisti sanitari italiani, allo scopo di promuovere interventi educativi mirati.

È stato condotto uno studio trasversale per indagare le conoscenze e le attitudini degli operatori sanitari residenti in Italia sulla problematica, sperando che i risultati possano consentire lo sviluppo di misure e strumenti di intervento efficaci sulle conseguenze di salute causate dal cambiamento climatico, avendo come fine quello di sensibilizzare il personale sanitario nell'affrontare tale sfida globale.

L'obiettivo dello studio è stato quello di indagare le conoscenze e le attitudini del personale sanitario in tema di cambiamento climatico, nonché le sue implicazioni sulla salute della popolazione.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto tra aprile e agosto 2024.

La scelta di questo periodo è legata alla disponibilità dei professionisti sanitari e alla stabilità climatica, riducendo potenziali *bias* stagionali. Sono stati inclusi professionisti sanitari residenti in Campania, con criteri di esclusione dettagliati per garantire omogeneità del campione. Il questionario è stato sviluppato basandosi su studi precedenti e validato tramite test-pilota su 30 partecipanti. I dati sono stati raccolti in forma anonima, tramite un questionario online auto-somministrato, per mezzo dell'applicazione *online* Google Forms®.

A ogni operatore reclutato è stato inviato un *link* di accesso al questionario, contenente un breve riassunto degli obiettivi dello studio, in modo che i partecipanti potessero decidere se partecipare o meno, oltre che fornire il consenso informato per partecipare all'indagine. Sono stati inclusi quelli che hanno espresso il loro consenso a partecipare all'indagine, compilando il questionario in tutte le sue parti, poiché esso consentiva di procedere solo completando tutte le domande, prima dell'invio finale. Inoltre, il questionario poteva essere spedito un'unica volta, al fine di ridurre al minimo il potenziale di risposte ripetute e quanti vi hanno preso parte non hanno ricevuto alcun compenso.

Lo strumento di indagine è stato sviluppato attraverso un'ampia ricerca bibliografica e da studi pubblicati in precedenza (1; 11; 15; 16; 17; 18).

Il questionario è composto da 53 domande a risposta chiusa singola, multipla o a scala Likert a 5 punti. Sei domande provenivano da un questionario sviluppato da Albrecht et al. (15); 16 dal questionario Wei et al. (16); sette dal *Survey Questionnaire* (“*Climate Change*” *Version*) (17); nove dal Sarfaty et al. (18); due dal Alvarez et al. (19) e tre dal Polivka et al. (20).

Le domande sono state adattate al contesto di indagine, mentre altre sono state autogenerate. Il tempo necessario per la sua compilazione è stato di circa dieci minuti.

La fattibilità, l'accettabilità e la comprensione del questionario sono state determinate prima della distribuzione formale a 30 individui, che sono stati inclusi nell'indagine con segnalazione volontaria per ogni singola domanda.

Le domande del questionario sono state raggruppate in cinque sezioni: 1. caratteristiche socio-anagrafi-

che-anamnestiche degli operatori sanitari;

2. conoscenze e attitudini degli operatori sanitari sul cambiamento climatico;

3. attitudini degli operatori sanitari sul cambiamento climatico e salute;

4. comportamenti degli operatori sanitari sul cambiamento climatico e salute;

5. informazioni.

Nella prima sezione, le domande erano otto e le variabili comprendevano: genere, anno di nascita, professione sanitaria svolta, unità operativa o servizio in cui viene svolta l'attività lavorativa, titolo di studio, stato civile, anamnesi patologica e regione di residenza.

Le conoscenze e le attitudini degli operatori sanitari in tema di cambiamento climatico sono state valutate attraverso cinque domande, riguardanti, il livello di conoscenza espresso dagli operatori sulla rilevanza della problematica del cambiamento climatico, le cause e le conseguenze del cambiamento climatico, le persone ritenute più sensibili e una serie di affermazioni sul tema del cambiamento climatico in cui i partecipanti dovevano indicare una risposta con un grado da 1 a 5 (1= “*fortemente in disaccordo*” - 5= “*fortemente d'accordo*”).

Le attitudini degli operatori sanitari sul cambiamento climatico e la salute sono state indagate attraverso tre domande che vertevano sulle conseguenze del cambiamento climatico sui bisogni di salute della popolazione, le possibili cause di problemi sulla salute delle stesse e gli interventi da mettere in atto per ridurre la crisi climatica.

I comportamenti degli operatori sanitari sul cambiamento climatico e la salute sono stati indagati attraverso due domande: la prima riguardava le possibili azioni che i partecipanti ritenevano utili e quelle che, invece, mettevano in atto per

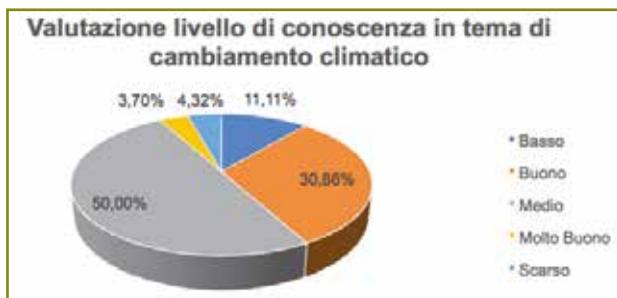


Grafico 1



Grafico 2



Tabella 1

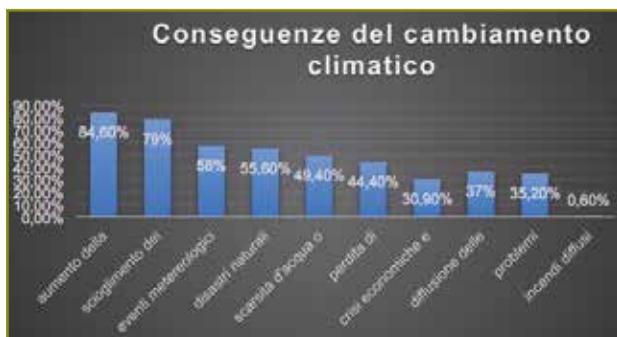


Tabella 2

migliorare la sostenibilità e la prevenzione della salute. Le informazioni sono state indagate attraverso due domande: la prima

sulle fonti di informazioni da cui i partecipanti traevano le conoscenze in tema di cambiamento climatico e la seconda, in cui partecipanti esprimevano il bisogno di ulteriori informazioni sulla tematica.

Analisi Statistica

La trasmissione dei dati per l'analisi quantitativa è stata limitata allo scopo dell'indagine; le risposte sono state rese anonime prima che i dati fossero organizzati ed elaborati.

Per soddisfare i requisiti di base per l'analisi statistica è stato generato un *database* protetto da *password*, accessibile esclusivamente dai membri del gruppo di ricerca.

Per l'analisi dei risultati è stato assegnato un codice univoco a ciascun professionista partecipante, che ha consentito il rispetto delle procedure di anonimato dei dati durante la codifica e la categorizzazione delle variabili. I dati raccolti sono stati trattati e analizzati in forma anonima, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali (nuovo Regolamento Europeo 2016/679).

Per valutare l'affidabilità e la validità del questionario, è stato condotto un test-pilota su un gruppo di 30 operatori sanitari e eseguiti test di coerenza e stabilità interna. Inoltre, a ciascun partecipante è stato chiesto di valutare le istruzioni e gli elementi del questionario. I dati raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistica in tre fasi.

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il *software* Stata versione 18. È stata eseguita una descrizione delle caratteristiche del campione utilizzando frequenze e proporzioni per variabili categoriali e medie, intervalli e deviazioni *standard* per variabili continue, ed è stata applicata un'analisi univariata, utilizzando rispettivamente il test del chi-quadrato o il test *t* di Student per valutare l'associazione tra variabili categoriali e continue con

i risultati di interesse. Le variabili che hanno raggiunto un $p \leq 0,25$ nell'analisi univariata sono state incluse nei rispettivi modelli di regressione logistica multivariata e il livello significativo del p - il valore per l'inclusione e l'eliminazione delle variabili nei modelli è stato impostato rispettivamente a 0,2 e 0,4. Successivamente, è stata eseguita l'analisi di regressione multivariata per esaminare le relazioni di genere, età, lavoro e conoscenza autovalutata in merito al cambiamento climatico, la regressione logistica ordinale per le risposte sulla scala ordinale (ad esempio, scala Likert) e la regressione logistica per le risposte binarie. Tutti modelli di regressione per le potenziali variabili confondenti di età e genere. Per interpretare i modelli di regressione multivariata finali, sono stati forniti gli *odds ratio* (OR) e i corrispondenti intervalli di confidenza (CI) al 95%. Per tutte le analisi, $p \leq 0,05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

RISULTATI

Per la partecipazione allo studio sono stati arruolati 165 operatori sanitari con un tasso di risposta del 98,2% ($n=162$), mentre il 2% ($n=3$) non ha elargito il proprio consenso per partecipare all'indagine. I risultati sono dunque relativi al campione di 162 soggetti.

A. Caratteristiche socio anagrafiche e anamnestiche

L'età media dei partecipanti è stata di 40,5 anni ($SD=13,65$). La media degli anni di nascita dei partecipanti allo studio è 1983 (*Range* 1957-2000 $\pm 13,65$), con il 50,6% di sesso maschile, il 48,8% femminile e il restante 0,6% non binario. Tra questi, il 45,7% risulta coniugato, il 34% celibe/nubile, il 14,8% convivente e il 5,6% divorziato. La maggior parte dei partecipanti erano infermieri (65,4%) residenti

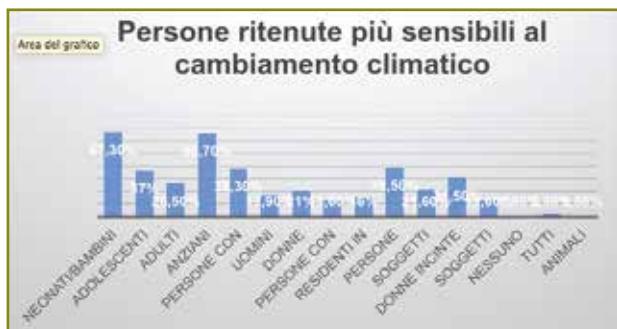


Tabella 3

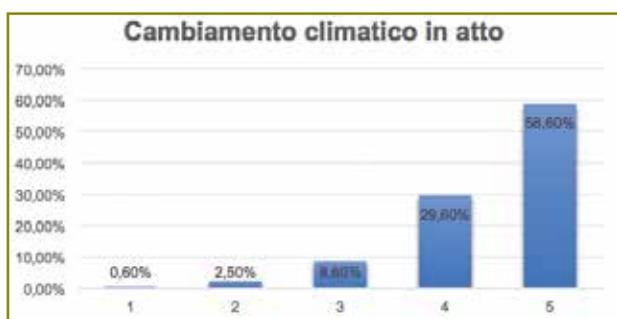


Tabella 4

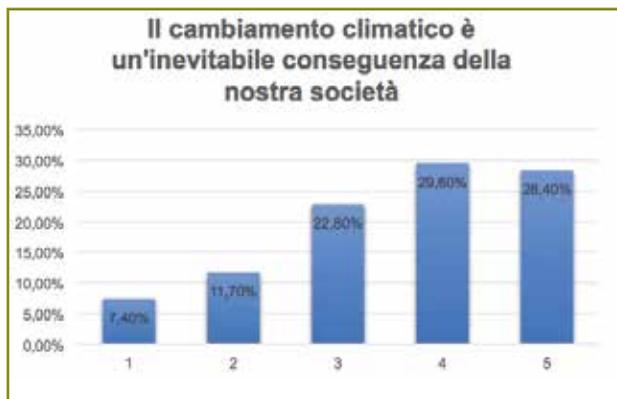


Tabella 5



Tabella 6

in Campania (92%); il restante in Lazio, Toscana ed Emilia-Romagna. L'84% dichiara di non essere affetto da alcuna patologia, il 3,7% di esserne affetto senza specificare da quali; il restante dichiara patologie della tiroide (3,7%), ipertensione arteriosa (3,1%), patologie respiratorie (2,5%), malattie reumatiche (1,8%), malattie osteo-muscolo-articolari, celiachia, aritmie cardiache e diabete mellito e obesità (tutte 1,2%) e orbitopatia su base autoimmune (0,6%).

Tra le professioni sanitarie partecipanti, la categoria degli infermieri rappresenta il 65,4% dei partecipanti, seguito dal personale OSS con il 16,7%; quindi, il personale medico con l'8,6%, i fisioterapisti (8%) e i tecnici di radiologia (0,6%). Le aree di appartenenza maggiormente rappresentative in cui gli operatori prestano servizio sono quella ortopedica (11,7%), il complesso operatorio (9,9%), quella cardiologica (9,3%), quella di medicina (9,3%), di Pronto Soccorso (8%), quella chirurgica (7,4%), l'assistenza domiciliare (7,4%), il distretto sanitario di base (6,8%) e l'area di anestesia e rianimazione (5,6%).

Esplorando i titoli di studio più elevati dichiarati: il 37,7% è costituito da laureati; il 21% da diplomati; il 4,9% da specializzazione medica; il 16% masterizzati di I livello; il 16,7% laureati magistrali; il 3,1% masterizzati di II livello e il restante 0,6% in possesso di un dottorato di ricerca.

B. Conoscenze e attitudini operatori sanitari sul cambiamento climatico

Il 50% dei partecipanti riferisce di aver un livello di conoscenza medio (ovvero 3 su una scala da 1 a 5); il 30,86% buono, 11,1% basso, 4,32% scarso e solo il 3,7% molto buono. **(Grafico 1)**

Il 49,4% dei partecipanti ritiene il cambiamento climatico "un pro-

blema rilevante", mentre il 36,4% lo ritiene "un problema urgente". Il restante "una problematica mediamente rilevante" (11,7%) o "irrilevante" (1,9%). **(Grafico 2)**

Tra le cause del cambiamento climatico, i partecipanti hanno individuato come causa maggiore il grave inquinamento atmosferico (83,3%), la distruzione di foreste e terreni agricoli (64,8%), l'effetto serra (54,9%), il deterioramento dell'ambiente ecologico (42,6%), il rapido sviluppo industriale (32,1%), i cambiamenti atmosferici che avvengono naturalmente (30,2%), l'esplosione demografica (28,4%), l'aumento dei veicoli a motore termico (27,8%) e i processi di urbanizzazione rurale (22,2%). Alcuni partecipanti hanno risposto apertamente al quesito, indicando come cause: la discrepanza tra politiche ambientali occidentali e ambientali, l'alimentazione e l'igiene personale e gli antibiotici (tutto 0,6%). **(Tabella 1)**

Tra le conseguenze, invece, i partecipanti hanno segnalato: l'aumento della temperatura (84,6%), lo scioglimento dei ghiacciai e l'innalzamento del livello del mare (79%), eventi meteorologici estremi (58%), disastri naturali-crisi ecologica naturale (55,6%), scarsità d'acqua o della conservazione dell'acqua pulita (49,4%), la perdita di biodiversità (44,4%), crisi economiche e disuguaglianze sociali (30,9%), diffusione di malattie infettive (37%), problemi nell'approvvigionamento degli alimenti (35,2%). Una persona (0,6%) ha risposto apertamente alla domanda riportando, come conseguenza, gli incendi diffusi. **(Tabella 2)**

Tra i soggetti maggiormente sensibili al cambiamento climatico, i partecipanti hanno indicato: i neonati/bambini (67,3%) e gli anziani (66,7%).

Alcuni hanno risposto apertamente alla domanda, indicando tutte le persone (2,5%) e includendo gli animali (0,6%). **(Tabella 3)**

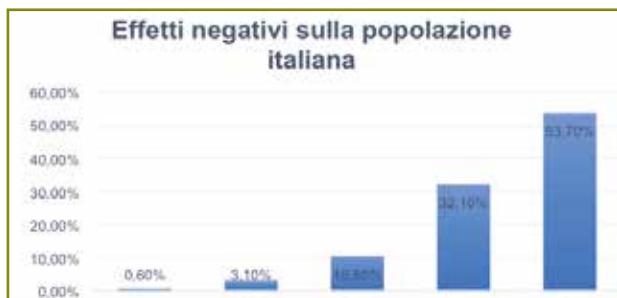


Tabella 6

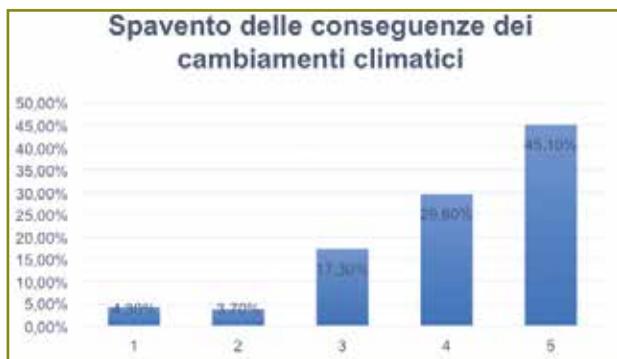


Tabella 7



Tabella 8



Tabella 9

Su una scala da 1 a 5, l'88,2% dei partecipanti è "fortemente d'accordo/d'accordo"

cordo/d'accordo" che il cambiamento climatico sia "un problema attualmente in atto", mentre solo il 3,1% è in "disaccordo/fortemente disaccordo" con tale affermazione. **(Tabella 4)**

Il 28,4% e il 29,6% si è dimostrata "fortemente d'accordo e d'accordo", il 22,8% è invece "incerto", mentre l'11,7% e il 7,4% è in "disaccordo e fortemente disaccordo" con la domanda se il cambiamento climatico sia un'invitabile conseguenza della nostra società. **(Tabella 5)**

Per quanto riguarda la domanda se il cambiamento climatico sia una naturale variazione della temperatura terrestre, vi sono numeri discordanti: il 13% e il 16%, rispettivamente, sono "fortemente d'accordo e d'accordo" a tale ipotesi, il 21% è "incerto", mentre il 25,9% e il 24,1% è in "disaccordo e fortemente in disaccordo". **(Tabella 6)**

Dei 162 partecipanti, la maggioranza è "fortemente d'accordo" (53,7%) o d'accordo (32,1%) sull'affermare che il cambiamento climatico avrà effetti negativi sulla popolazione italiana. La minoranza ha risposto di "non essere spaventato dalle sue conseguenze" (8%), il 17,3% è "incerto", mentre il 74,4% mostra preoccupazione.

Il 74,7% dei partecipanti afferma di essere spaventato dalle conseguenze dei cambiamenti climatici, il 17,3% è incerto, l'8% invece nega. **(Tabella 7)**

Rispetto al fatto se il cambiamento fosse il frutto dell'attività dell'essere umano, la maggioranza 76% è "fortemente d'accordo/d'accordo" con tale affermazione, il 18,5% è "incerto", solo il 5,6% è in "disaccordo/fortemente disaccordo". **(Tabella 8)**

Per quanto riguarda la domanda sul "se fosse troppo tardi per intervenire sul cambiamento climatico", la maggioranza si è mostrata "incerta" (41,4%), il 17,9% ritiene sia "troppo

tardi", il 40,7%, invece, ritiene sia possibile "intervenire per mitigarne gli effetti". **(Tabella 9)**

C. Attitudini degli operatori sanitari sul cambiamento climatico e salute
L'85,5% dei partecipanti è "fortemente d'accordo/d'accordo" che il cambiamento climatico sarà causa di problemi di salute globali, il 14,2% è "incerto", mentre il 4,4% è in "disaccordo/fortemente disaccordo". **(Tabella 10)**

Il 64,8% dei partecipanti ritiene che la problematica del cambiamento climatico sarà di pertinenza assistenziale del personale sanitario, il 25,3% "incerto", il 9,9% in "disaccordo/fortemente in disaccordo". **(Tabella 11)**

Per il 66,2% dei partecipanti tale problematica dovrebbe essere inserita nella formazione del personale sanitario, il 25,3% è incerto, mentre l'8,6% è in "disaccordo/fortemente in disaccordo" a tale ipotesi. **(Tabella 12)**

Il 39,5% ritiene che le azioni del personale sanitario possano ridurre gli impatti del cambiamento climatico, il 35,2% è "incerto", 25,3% è in "disaccordo/fortemente disaccordo". **(Tabella 13)**

Inoltre, la maggioranza dei partecipanti (42,6%) ritiene di non aver le capacità di affrontare il cambiamento climatico, il 34% è "incerto", mentre il 43,6% è in "disaccordo/fortemente disaccordo". **(Tabella 14)**

Il 18,5% ritiene di essere "pronto ad affrontare le conseguenze del cambiamento climatico", il 29% è "incerto", il 52,5% ritiene di "non essere pronto". **(Tabella 15)**

Indagando sulle possibili conseguenze del cambiamento climatico sull'ambiente e sulle popolazioni, il 69,1% ritiene di "essere la causa dell'insorgenza di nuove malattie infettive da vettori", il 23,5% "incerto", il restante in "disaccordo/fortemente disaccordo". **(Tabella 16)**

Il 71,6% ritiene che sia causa di

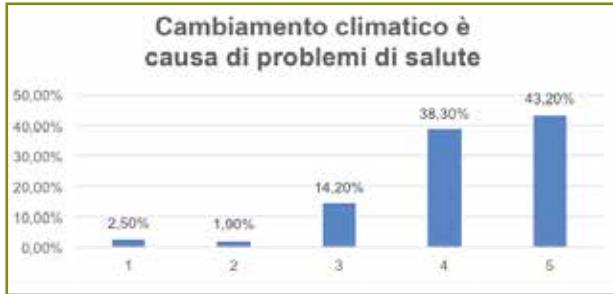


Tabella 10

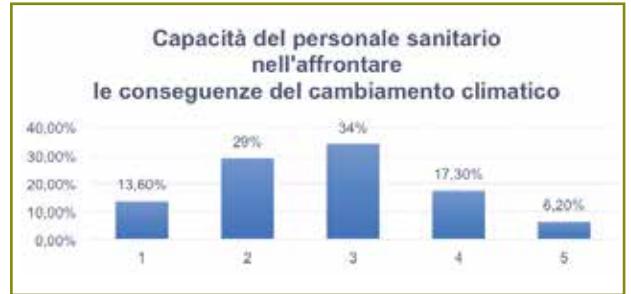


Tabella 14

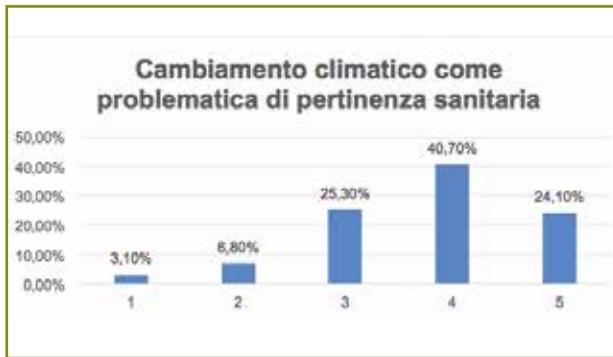


Tabella 11



Tabella 15



Tabella 12

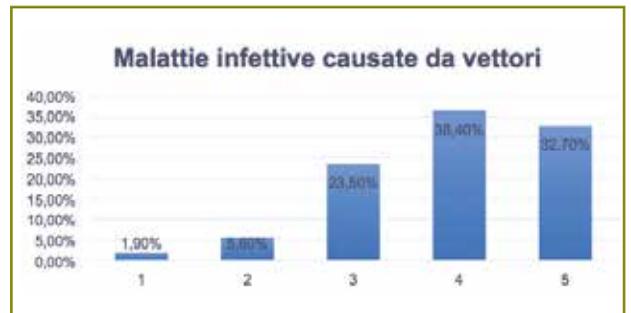


Tabella 16



Tabella 13

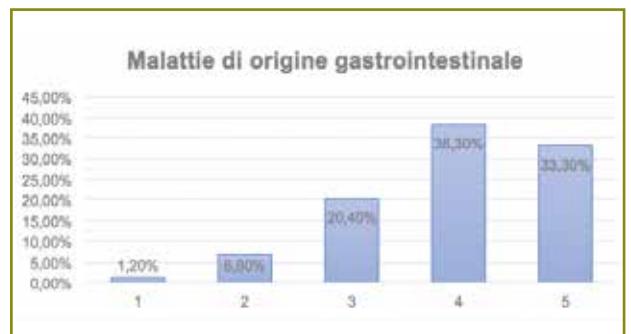


Tabella 17



Tabella 18



Tabella 19

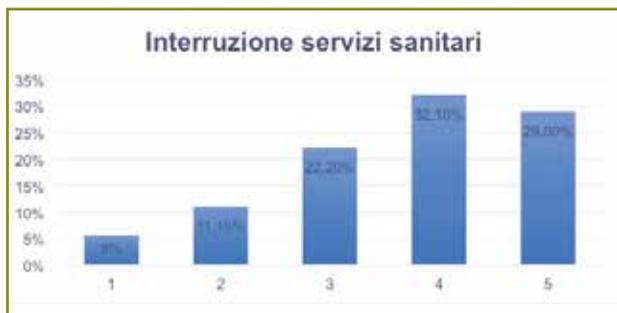


Tabella 20



Tabella 21

patologie gastroenteriche da contaminazione di acqua ed alimenti a

seguito di alluvioni o inondazioni, il 20,4% "incerto" e l'8% in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 17)

Il 72,2% ritiene che possa essere la causa dell'insorgenza di stati mentali come ansia o depressione, il 21,6% è "incerto", il 6,2% è in "disaccordo/fortemente in disaccordo".

(Tabella 18)

Il 78,4% ritiene che possa causare stati di malnutrizione o disidratazione da carenza di alimenti o acqua, il 17,3% è "incerto", il 4,4% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 19)

Il 61,1% ritiene che fenomeni meteorologici estremi dovuti al cambiamento climatico possano essere causa di interruzioni dei servizi sanitari, il 22,2% è "incerto", il 17,1% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 20)

Il 75,3% ritiene che il cambiamento climatico possa essere causa di malattie legate al caldo o al freddo estremo (patologie cardiovascolari, colpo di calore, ecc.), il 19,8% è "incerto" e solo il 4,9% in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 21)

L'86,4% ritiene che l'inquinamento atmosferico legato al cambiamento climatico incrementi la gravità di malattie respiratorie e cardiovascolari, il 12,3% è "incerto", e solo 1,2% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 22)

Il 72,8% ritiene sia causa di lesioni gravi dovuto a incendi, frane e inondazioni, il 21% è "incerto", il 6,2% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 23)

Il 69,1% ritiene essere causa di reazioni da sensibilizzazione allergica e sintomi da esposizione a muffe e piante, il 24,1% è "incerto", il 6,8% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 24)

Indagando sui possibili interventi utili a ridurre o mitigare il cambiamento climatico: Su una scala da 1

a 5, l'84,5% ritiene di essere fortemente d'accordo/d'accordo di controllare le emissioni di gas serra, il 12,3% è "incerto", solo il 3,1% si è mostrato in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 25)

L'84% ritiene importante la creazione di piani di emergenza pubblica, il 12,3% è "incerto", mentre il 3,7% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 26)

L'87,7% è fortemente d'accordo/d'accordo nel formulare e attuare leggi e regolamenti atti ad affrontare il cambiamento climatico, il 9,3% è "incerto", il 3,1% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 27)

L'87% è "fortemente d'accordo/d'accordo" nel migliorare la ricerca scientifica per ideare interventi nel fronteggiare il cambiamento climatico, l'11,1% è "incerto", l'1,8% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 28)

L'86,4% è "fortemente d'accordo/d'accordo" nel condurre campagne informative per affrontare il cambiamento climatico, il 10,5% è "incerto", il 3,1% è in "disaccordo/fortemente disaccordo".

(Tabella 29)

D. Comportamento degli operatori sanitari sul cambiamento climatico e salute

Indagando su quali comportamenti i partecipanti ritengono utili per migliorare la sostenibilità e la tutela della salute, i partecipanti hanno avuto la possibilità di indicare più risposte. Il 64,2% ritiene utile l'educazione dei pazienti, il 67,9% condurre e diffondere campagne di informazioni mirate sui cambiamenti climatici, il 63,6% promuovere e condurre ricerche sui cambiamenti climatici, il 60,5% la riduzione di plastica e prodotti monouso nelle strutture mediche, e infine, solo l'8% ritiene che nessuna delle misure precedentemente elencate sia utile in quanto ritiene che il perso-



Tabella 22

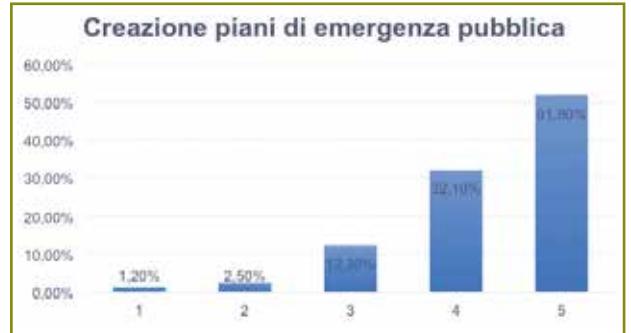


Tabella 26



Tabella 23

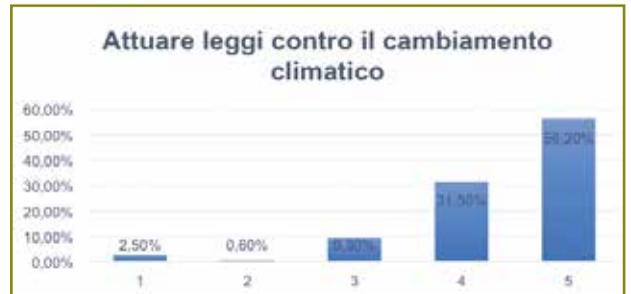


Tabella 27



Tabella 24

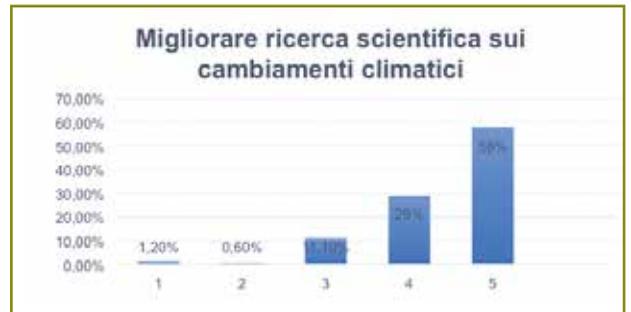


Tabella 28

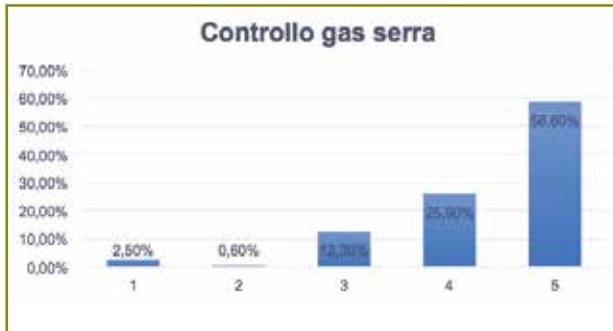


Tabella 25

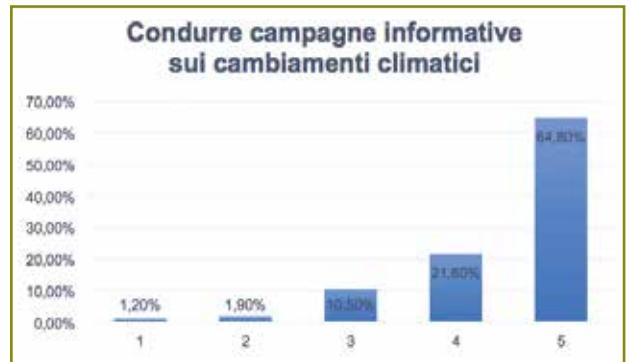


Tabella 29

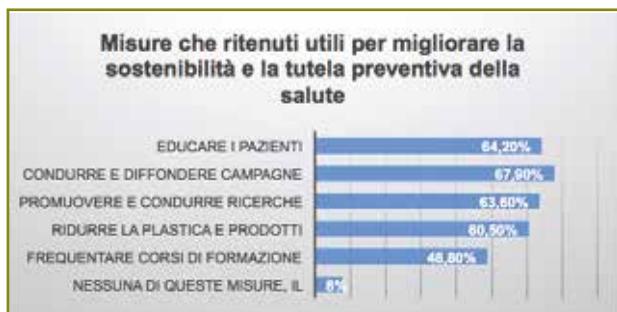


Tabella 30

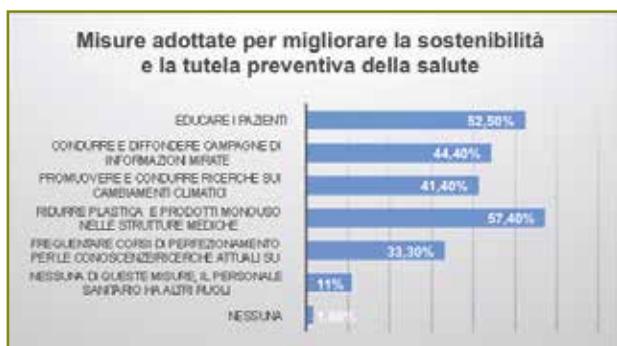


Tabella 31



Tabella 32

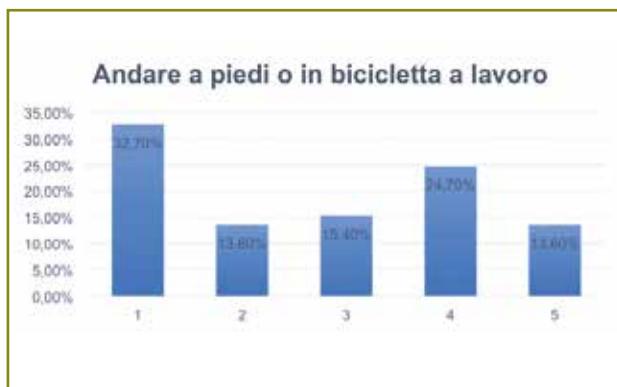


Tabella 33

nale medico abbia altri compiti. (Tabella 30)

Per quanto riguarda le domande che indagano sulle azioni messe in atto per migliorare la sostenibilità e la tutela preventiva della salute, anche in questo caso i partecipanti hanno avuto la possibilità di indicare più risposte: il 52,5% dichiara di adottare misure di educazione dei pazienti, il 44,4% conduce e diffonde campagne di informazioni mirate sui cambiamenti climatici, il 41,4% promuove e conduce ricerche sui cambiamenti climatici, il 57,4% adotta misure atte alla riduzione di plastica e l'utilizzo di prodotti monouso nelle strutture mediche, l'11% non attua nessuna delle misure precedentemente elencate sia utile in quanto ritiene che il personale medico abbia altri compiti, infine l'1,8% dichiara di non attuare alcuna misura. (Tabella 31)

Indagando sulle azioni ecosostenibili svolte durante la vita quotidiana e indicando un grado di frequenza da 1 ("mai") a 5 ("sempre"), solo l'8,6% utilizza sempre il trasporto pubblico, mentre il 24,1% non lo utilizza mai. (Tabella 32)

Il 13,6% dichiara di recarsi a lavoro sempre a piedi o in bicicletta, il 32,7% invece non si reca mai a lavoro a piedi o in bicicletta. (Tabella 33) Il 67,7% dichiara di spegnere le luci e/o dispositivi sempre quando non in uso, mentre solo l'1,9% ha dato

"mai" come risposta. (Tabella 34)

Il 67,9% dichiara di acquistare sempre lampadine a risparmio energetico, mentre l'1,9% no.

(Tabella 35)

Il 75,9% chiude sempre i rubinetti quando l'acqua non è necessaria; solo lo 0,6% no. (Tabella 36)

Il 58% dichiara di fare sempre un uso limitato della plastica e di riciclarla quando possibile, mentre solo lo 0,6% non esegue mai tale pratica. (Tabella 37)

Il 43,8% dichiara di acquistare sempre prodotti rispettosi per l'ambiente, cosa che non fa mai solo lo 0,6%. (Tabella 38)

Il 31,5% dichiara di utilizzare sempre prodotti biologici per l'alimentazione, il 32,1% è neutro riguardo questa scelta, mentre lo 1,9% dichiara di non utilizzare mai prodotti biologici. (Tabella 39)

Il 29% dichiara di condividere sempre l'autoveicolo con amici/parenti durante i viaggi, il 27,2% è "neutro" di fronte a tale scelta, mentre il 14,8% non condivide mai l'autoveicolo durante i viaggi. (Tabella 40)

E. Informazioni

La maggioranza dei partecipanti ha indicato internet con l'85,8% come maggiore fonte di informazione sui cambiamenti climatici, seguito dalla tv con il 65,4%. I partecipanti potevano indicare più di una fonte di informazione. (Tabella 41)

Alla domanda se ritenessero di aver



Grafico 3

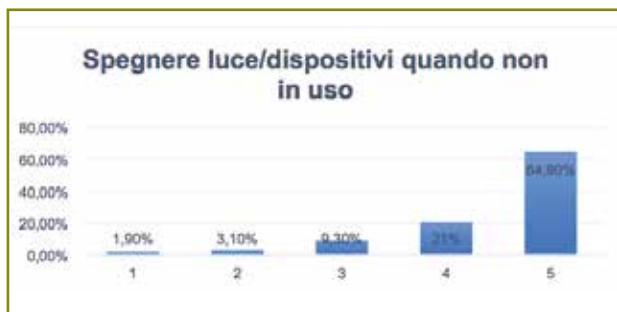


Tabella 34

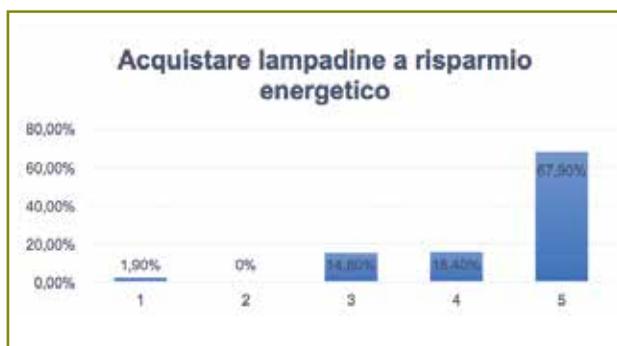


Tabella 35

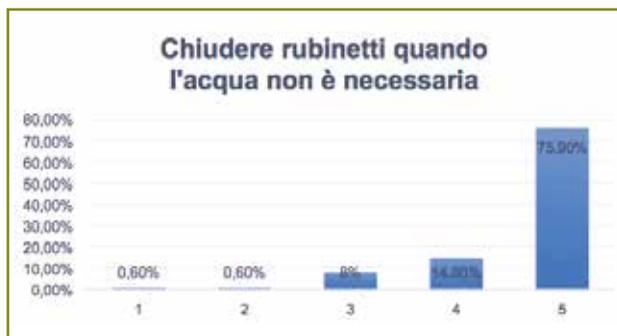


Tabella 36

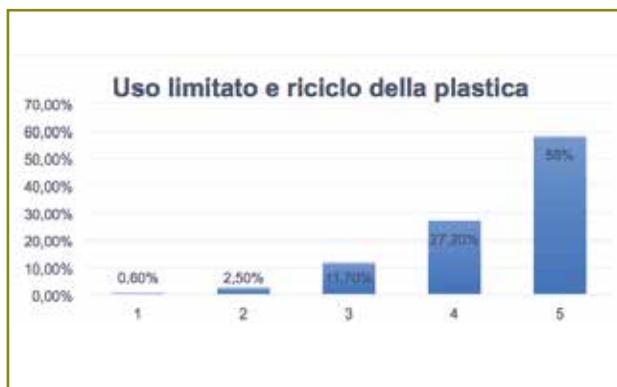


Tabella 37

bisogno di ulteriori informazioni in relazione a cambiamento climatico e salute, la maggioranza ha risposto "sì" (82%), mentre solo il 18% "no". **(Grafico 3)**

DISCUSSIONE

I risultati sottolineano una consapevolezza generale delle implicazioni sanitarie del cambiamento climatico, ma evidenziano anche significative lacune in termini di conoscenze approfondite e azioni pratiche.

Bias di selezione, legati alla raccolta dati online, e la limitata rappresentatività geografica sono stati identificati come limiti principali.

Tuttavia, gli interventi formativi mirati potrebbero colmare queste carenze, enfatizzando il ruolo-chiave degli operatori sanitari nel mitigare la crisi climatica e promuovere la salute globale.

I risultati principali di questo studio hanno mostrato che il 50% dei partecipanti considera il proprio livello di conoscenza, in materia di cambiamenti climatici e implicazioni sulla salute, mediamente, il 30,86% "buono" e "basse" dal 11,1%. Rispetto allo studio Albrecht et al. (15) dove il livello di conoscenza autovalutata sulle conseguenze del cambiamento climatico è stata dichiarata "molto buona" dal 12%, "buona" dal 45%, "moderata" dal 40% e "piuttosto bassa" dal 3%, nello studio Breakey et al. (13) il 79% ha definito il proprio livello di conoscenza "moderato/modesto" rispetto al 16% che dichiara di non possedere alcuna conoscenza sull'argomento. L'85,8% dei partecipanti ritiene la crisi climatica un problema rilevante/urgente: i risultati sono in linea con quelli di altri studi presenti in letteratura (15; 22; 23).

Alla domanda su quali ritenessero fossero le cause della crisi climatica, più della metà dei partecipanti ha indicato il grave inquinamento atmosferico (83,3%), la distruzione

di foreste e terreni agricoli (64,8%) e l'effetto serra (54,9%), dimostrando un livello di conoscenza inferiore rispetto allo studio di Wei et al. (16), dove più della metà dei partecipanti ha indicato un maggior numero di cause nelle risposte.

Tra le conseguenze, invece, la maggior parte dei partecipanti hanno segnalato: l'aumento della temperatura (84,6%), lo scioglimento dei ghiacciai e l'innalzamento del livello del mare (79%), eventi meteorologici estremi (58%) e disastri naturali (55,6%). Anche qui, i partecipanti dello studio di Wei et al. (16) hanno dimostrato una maggiore conoscenza, indicando un maggior numero di conseguenze tra le risposte.

Invece, nello studio di Kalogirou et al. (11), la conoscenza delle cause e delle conseguenze varia da "limitata" a "ben informata". I partecipanti hanno indicato i neonati/bambini e gli anziani tra i soggetti maggiormente sensibili alle conseguenze del cambiamento climatico, rispetto allo studio di Sarfaty et al. (18), dove i partecipanti hanno identificato maggiori sottogruppi di persone sensibili nella popolazione. L'88,2% ritiene il cambiamento climatico come un fenomeno in atto in coerenza con quanto dichiarato dai partecipanti di altri studi (13; 15). Come in altri studi condotti in precedenza (15; 16; 20) anche in questo, i partecipanti (84,4%) sono consapevoli della connessione tra crisi climatica e salute e che la problematica interesserà sempre di più il proprio ruolo professionale (64,8%) come mostrato altrove (15; 16; 19; 20; 21).

Da segnalare che nello studio di Anaker et al. (21), pur riconoscendo il loro ruolo nella crisi climatica, i partecipanti lo ritengono secondario: infatti, pochi partecipanti (39,5%) ritengono che le loro azioni possano mitigare la crisi climatica,



Tabella 38

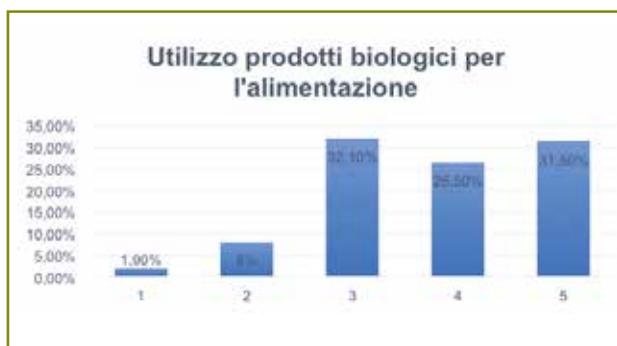


Tabella 39



Tabella 40



Tabella 41

valori che rispecchiano il risultato dello studio di Polivka et al., dove solo il 37,5% riteneva le loro azioni utili.

Inoltre, in linea con precedenti studi (14; 20), in ambito sanitario, solo il 23,5% dei partecipanti ritiene di essere preparato nell'affrontare le conseguenze della crisi climatica sulla salute, mentre il 52,5% ritiene di sentirsi impreparato e, probabilmente, per questo, in coerenza con altri studi (13; 19; 22), il 66,1% ritiene che la tematica debba essere inserita nella loro formazione professionale.

I partecipanti hanno mostrato un buon livello di conoscenza per quanto riguarda le conseguenze della crisi climatica sulla salute: più della metà dei partecipanti ha indicato ogni problematica proposta nel questionario, dalle malattie infettive causate da vettori (69,1%) alla diarrea da malattie di origine alimentare o veicolata da acqua contaminata a seguito di fenomeni meteorologici estremi (71,6%); dalle conseguenze sullo stato mentale di salute (72,2%) alle malattie da carenze alimentari o di acqua (78,4%), all'interruzione dei servizi sanitari durante fenomeni meteorologici estremi (61,1%), alle malattie legate a temperature estreme (75,3%), aumento della gravità delle malattie respiratorie croniche da inquinamento dell'aria (86,4%), lesioni gravi in seguito a fenomeni meteorologici estremi (72,8%), incremento dei fenomeni di sensibilizzazione allergica (69,1%), con risultati in linea con quelli di studi precedenti (14; 15; 18).

Rispetto alle misure di governo centrale per la mitigazione del cambiamento climatico, i partecipanti hanno individuato: il controllo dei gas serra (84,5%), la creazione di piani d'emergenza e sanità pubblica (84%), la formulazione e l'attuazione di leggi e regolamenti in relazione alla lotta ai cambiamenti clima-

tici (87,7%), il miglioramento della ricerca scientifica sugli interventi utili nel fronteggiare i cambiamenti climatici (87%) e la conduzione di campagne informative (86,4%).

I risultati sono stati maggiori rispetto allo studio Wei et al. (16), dove solo il controllo dei gas serra ha superato il 50% delle risposte.

Tra le azioni pertinenti al loro ruolo ritenute utili al miglioramento della sostenibilità e tutela preventiva della salute, più della metà dei partecipanti ha indicato: l'educazione dei pazienti (64,2%), l'informazione mirata (67,9%), la promozione e conduzione di ricerche in tema di cambiamenti climatici e salute e la riduzione della plastica nelle strutture sanitarie (63,6%) e dei prodotti monouso nelle strutture sanitarie (60,5%), numeri discordanti con lo studio di Albrecht et al. (15), dove più della metà dei partecipanti ha indicato unicamente la riduzione della plastica nelle strutture sanitarie e la promozione e conduzione di ricerche in tema di cambiamenti climatici e salute.

L'opinione sull'importanza dell'educazione ai pazienti e sulla conduzione di campagne informative in tema di cambiamento climatico e salute è emersa anche in altri studi (18; 21). Infatti, pur riconoscendo l'importanza delle azioni volte alla sostenibilità e alla prevenzione della salute, i partecipanti hanno mostrato poca propensione a metterle in atto.

Più della metà ha dichiarato di impegnarsi nell'educazione dei pazienti (52,5%) e nella riduzione della plastica e dei prodotti monouso nelle strutture sanitarie (57,4%).

Per quanto riguarda le attività ecosostenibili attuate durante la vita quotidiana, i partecipanti non si sono sempre dimostrati sensibili alla problematica. In particolare, è emersa attenzione nello spegnimento di luci e dispositivi quando non in uso (85,8%), nell'acquisto

di dispositivi a risparmio energetico (83,3%), nella chiusura dei rubinetti dell'acqua quando non necessaria (90,7%), nella riduzione e riciclo della plastica (85,2%), nell'acquisto di prodotti rispettosi per l'ambiente (74%) e nell'acquisto di alimenti biologici rispettosi per l'ambiente (58%). Meno attenti nell'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico (33,9%), nel recarsi a lavoro a piedi o in bici (38,3%) e nel condividere l'auto-veicolo con amici/parenti durante i viaggi (47,5%).

I partecipanti hanno indicato la tv e internet come principale fonte di informazione, risultati sovrapponibili allo studio di Wei et al. (16).

Bias di selezione, legati alla raccolta dati online e la limitata rappresentatività geografica sono stati identificati come limiti principali. Gli interventi formativi mirati, però, potrebbero colmare queste mancanze, enfatizzando il ruolo-chiave degli operatori sanitari nel mitigare la crisi climatica e promuovere la salute globale.

CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato la necessità di rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria dei professionisti sanitari italiani rispetto alla crisi climatica,

promuovendo programmi educativi e interventi di sensibilizzazione.

In futuro, infatti, indagini su scala nazionale potrebbero fornire una rappresentazione più completa e guidare politiche sanitarie efficaci. In relazione a studi precedenti presenti in letteratura, questa indagine dimostra come i professionisti sanitari abbiano conoscenze variabili in materia di cambiamenti climatici, pur considerandolo come un problema in atto e di particolare rilevanza/urgenza. In questo studio gli intervistati valutano il loro livello di conoscenza sui cambiamenti climatici "medio/buona", ma, pur essendo consapevoli delle attività umane come causa della crisi climatica, hanno dimostrato conoscenze limitate sulle cause e le conseguenze, sull'ambiente e le persone, anche se coscienti della connessione tra la crisi climatica e la salute delle popolazioni e delle molteplici conseguenze sulla salute.

I partecipanti, infatti, ritengono che la crisi climatica diventerà sempre più argomento di pertinenza sanitaria, pur mostrando incertezza sull'efficacia delle loro stesse azioni per mitigare il problema.

Non a caso, è emersa la consapevolezza di preparazione e di mancata

prontezza ad affrontare tale sfida: gli intervistati riconoscono l'importanza degli interventi governativi in materia di cambiamenti climatici e individuano il loro ruolo nella gestione della crisi climatica per quanto riguarda l'educazione e l'informazione alla sostenibilità ambientale e alla prevenzione della salute delle persone, pur dimostrando di fare, poi, poco, fattivamente, in tal senso.

Va segnalata la disponibilità del personale sanitario nell'attuare comportamenti ecosostenibili per l'ambiente quali: acquisto di lampadine a risparmio energetico, chiusura dei rubinetti in caso di non necessità, riduzione e riciclo della plastica, ecc. È apparsa, perciò, la necessità di rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria specifica in materia di crisi climatica dei professionisti sanitari: nella pratica, sarebbe utile l'implementazione della formazione sulla crisi climatica e sulla salute degli ambienti e delle persone per migliorare la conoscenza e la sensibilizzazione sul loro ruolo nella materia. Queste azioni sottolineano il ruolo fondamentale dei professionisti sanitari nel mitigare la crisi climatica e nel migliorare la sostenibilità ambientale e la prevenzione della salute delle persone.



Bibliografia

1. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al, Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *The Lancet*. 16 maggio 2009;373(9676):1693–733.
2. Rocque R.J, Beaudoin C, Ndjaboue R, Cameron L, Poirier-Bergeron L, Poulin-Rheault R.A, et al, Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 9 giugno 2021;11(6):e046333.
3. Parham P.E, Waldock J, Christophides G.K, Michael E, Climate change and vector-borne diseases of humans. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 5 aprile 2015;370(1665):20140377.
4. Jacobsen A.P, Khiew Y.C, Duffy E, O'Connell J, Brown E, Auwaerter P.G, et al, Climate change and the prevention of cardiovascular disease. *Am J Prev Cardiol*. dicembre 2022;12:100391.
5. Charlson F, Ali S, Benmarhnia T, Pearl M, Massazza A, Augustinavicius J et al, Climate Change and Mental Health: a Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 23 aprile 2021;18(9):4486.
6. Demonte A, Allergie e cambiamenti climatici [Internet]. Siaaic. 2024 [citato 12 agosto 2024]. Disponibile su: <https://siaaic.org/allergie-e-cambiamenti-climatici/>.
7. Song J, Pan R, Yi W et al, Esposizione a temperature elevate e carico globale di malattie nel periodo 1990-2019: un'analisi dello studio sul carico globale di malattie del 2019. *Sci Total Environ*. 2021; 787 doi: 10.1016/j.scitotenv.2021.147540. 15.
8. Kreslake J.M, Sarfaty M, Roser-Renouf C, Leiserowitz A.A, Maibach E.W, The critical roles of health professionals in climate change prevention and preparedness. *Am J Public Health*. aprile 2018;108(Suppl 2):S68–9.
9. Schoen J, Chopra V, The harm we do: the environmental impact of Medicine. *Journal of Hospital Medicine*. 2018;13(5):353–5.
10. Mochungong P.I.K, Gullis G, Sodemann M, Hospital workers' awareness of health and environmental impacts of poor clinical waste disposal in the Northwest Region of Cameroon. *Int J Occup Environ Health*. 2010;16(1):53–9.
11. Kalogirou M.R, Dahlke S, Davidson S, Yamamoto S, Nurses' perspectives on climate change, health and nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. dicembre 2020;29(23–24):4759–68.
12. Anåker A, Nilsson M, Holmner Å, Elf M, Nurses' perceptions of climate and environmental issues: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. Agosto 2015;71(8):1883–91.
13. Breakey S, Starodub R, Nicholas P.K, Wong J, A cross sectional study to assess faculty and student knowledge of climate change and health: readiness for curricular integration. *Journal of Advanced Nursing*. Dicembre 2023;79(12):4716–31.
14. Maibach E.W, Chadwick A, McBride D, Chuk M, Ebi K.L, Balbus J, Climate change and local public health in the United States: preparedness, programs and perceptions of local Public Health Department directors. *PLoS One*. 30 luglio 2008;3(7):e2838.
15. Albrecht L, Reismann L, Leitzmann M, Bernardi C, Von Sömmogy J, Weber A, et al, Climate-specific health literacy in health professionals: an exploratory study. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1236319.
16. Wei J, Hansen A, Zhang Y, Li H, Liu Q, Sun Y, et al, Perception, attitude and behavior in relation to climate change: a survey among CDC health professionals in Shanxi province, China. *Environ Res*. Ottobre 2014;134:301–8.
17. Survey Questionnaire ("Climate Change" version).
18. Sarfaty M, Mitchell M, Bloodhart B, Maibach E.W, A survey of African American Physicians on the health effects of climate change. *Int J Environ Res Public Health*. dicembre 2014;11(12):12473–19.
19. Álvarez-Nieto C, Richardson J, Navarro-Perán M.Á, Tutticci N, Huss N, Elf M et al, Nursing students' attitudes towards climate change and sustainability: A cross-sectional multisite study. *Nurse Educ Today*. Gennaio 2022;108:105185.
20. Polivka B.J, Chaudry R.V, Mac Crawford J, Public health nurses' knowledge and attitudes regarding climate change. *Environ Health Perspect*. marzo 2012;120(3):321–5.
21. Anåker A, Nilsson M, Holmner Å, Elf M, Nurses' perceptions of climate and environmental issues: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. Agosto 2015;71(8):1883–91.
22. Ryan E.C, Dubrow R, Sherman J.D, Medical, nursing, and physician assistant student knowledge and attitudes toward climate change, pollution, and resource conservation in health care. *BMC Med Educ*. Dicembre 2020;20(1):200.
23. Koç D, Yanginci K, Yavuz M, Climate change education: exploring knowledge, attitudes, and practices of medical students in a Turkish medical school. *International Journal of Health Promotion and Education*. 5 maggio 2024;1–11.



Il JBI *Model of Evidence-based Healthcare*: un framework integrato per l'implementazione della pratica basata sulle evidenze nel contesto italiano

Gabriele Caggianelli, Valentina Vanzi, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco, Maurizio Zega

L'*Evidence-Based Practice* (EBP) rappresenta un paradigma fondamentale per la promozione di un'assistenza sanitaria sicura, efficace e centrata sulla persona. Intesa come l'integrazione tra le migliori evidenze scientifiche disponibili, l'esperienza clinica dei professionisti e i valori e le preferenze delle persone assistite, l'EBP consente di fondare le decisioni cliniche su basi oggettive e aggiornate, superando la variabilità non giustificata e spesso controproducente della pratica clinica.

I vantaggi dell'EBP sono comprovati a tutti i livelli della filiera assistenziale. Numerosi studi, infatti, hanno dimostrato che l'adozione dell'EBP è associata a migliori esiti clinici, riduzione degli eventi avversi, ottimizzazione dell'uso delle risorse e maggiore soddisfazione del paziente.

Per i professionisti sanitari, l'EBP favorisce lo sviluppo del pensiero critico, l'autonomia decisionale ed il miglioramento continuo della pratica. A livello organizzativo, essa costituisce una leva strategica per garantire qualità, sicurezza e sosteni-

bilità nei sistemi sanitari.

Inoltre, l'EBP rappresenta un "ponte" tra ricerca e pratica: consente di tradurre la conoscenza scientifica in interventi concreti, adattandola ai bisogni specifici del contesto e contribuendo alla costruzione di una cultura professionale fondata sull'apprendimento continuo e sulla responsabilità etica.

In questa direzione, il modello di assistenza sanitaria basata sulle evidenze (*Evidence-Based Healthcare-EBHC*), proposto dal Joanna Briggs Institute (JBI), rappresenta uno dei riferimenti teorici e operativi più completi per promuovere la traduzione della conoscenza scientifica nella pratica clinica. Fondato su una visione sistemica e paziente-centrica, il modello JBI sottolinea l'importanza di integrare evidenze di diversa natura, derivanti dalla ricerca, dall'esperienza professionale e dal contesto, in un processo decisionale informato, adattabile e sostenibile (Jordan et al., 2016).

Il cuore concettuale del modello è rappresentato dal "ciottolo della conoscenza" (*pebble of knowled-*

ge), simbolo della diffusione dell'evidenza attraverso la pratica.

Al centro del framework vi è il principio FAME (*Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness*), che definisce la qualità e la pertinenza dell'evidenza utile per orientare le decisioni sanitarie (Jordan et al., 2016; Pearson et al., 2005).

Il modello si struttura in fasi operative, ciascuna delle quali rappresenta un momento essenziale del percorso di implementazione *evidence-based*, concepito come un processo dinamico, ciclico e contestualizzato:

- *generazione di evidenze*, attraverso ricerca, competenza ed esperienza/dibattito;
 - *sintesi delle evidenze*, tramite revisioni sistematiche, linee guida e sintesi delle evidenze;
 - *trasferimento delle evidenze*, mediante educazione, integrazione nei sistemi e diffusione attiva;
 - *implementazione delle evidenze*, attraverso analisi del contesto, facilitazione del cambiamento e valutazione del processo e degli esiti.
- In cima al modello si colloca il

concetto di “Salute Globale”, che rappresenta l’obiettivo ultimo dell’EBHC. Non si tratta solo di un riferimento ideale, ma di una direzione concreta che guida ogni fase del processo.

Questa fase si articola in tre dimensioni tra loro strettamente connesse: l’*impatto sostenibile* si riferisce alla capacità degli interventi basati su evidenze di produrre miglioramenti concreti che durano nel tempo. Il *coinvolgimento attivo* e consapevole di tutti gli attori del sistema sanitario (professionisti, decisori e pazienti) è essenziale per rendere il cambiamento realmente condiviso e applicabile. Infine, il *bisogno di conoscenza* richiama

l’importanza di ascoltare i bisogni che nascono dalla pratica quotidiana e di produrre risposte utili, comprensibili e adatte ai contesti in cui si opera (Pearson, Jordan & Munn, 2012).

Il modello è progettato per adattarsi ai diversi contesti locali, mantenendo, al contempo, una visione globale orientata all’equità, all’efficacia e alla sostenibilità dell’assistenza. Le cinque fasi operative che lo compongono sono sostenute da quattro principi trasversali: “*cultura, capacità, comunicazione e collaborazione*”, che ne rappresentano le fondamenta etiche e strategiche (Jordan et al, 2019).

Questi elementi non agiscono in modo accessorio, ma costituiscono la base su cui poggia ogni azione: guidano le relazioni, favoriscono la coesione tra i diversi attori coinvolti e garantiscono che l’implementazione sia davvero efficace, partecipata e duratura nel tempo.

Sebbene i vantaggi e l’impatto positivo dell’EBP, ad oggi, siano ampiamente riconosciuti nella pratica e consolidati dalla letteratura scientifica, diversi elementi possono rappresentare un ostacolo all’utilizzo della stessa.

Numerosi studi internazionali hanno evidenziato come le barriere linguistiche (in particolare la limitata competenza nella lingua in-

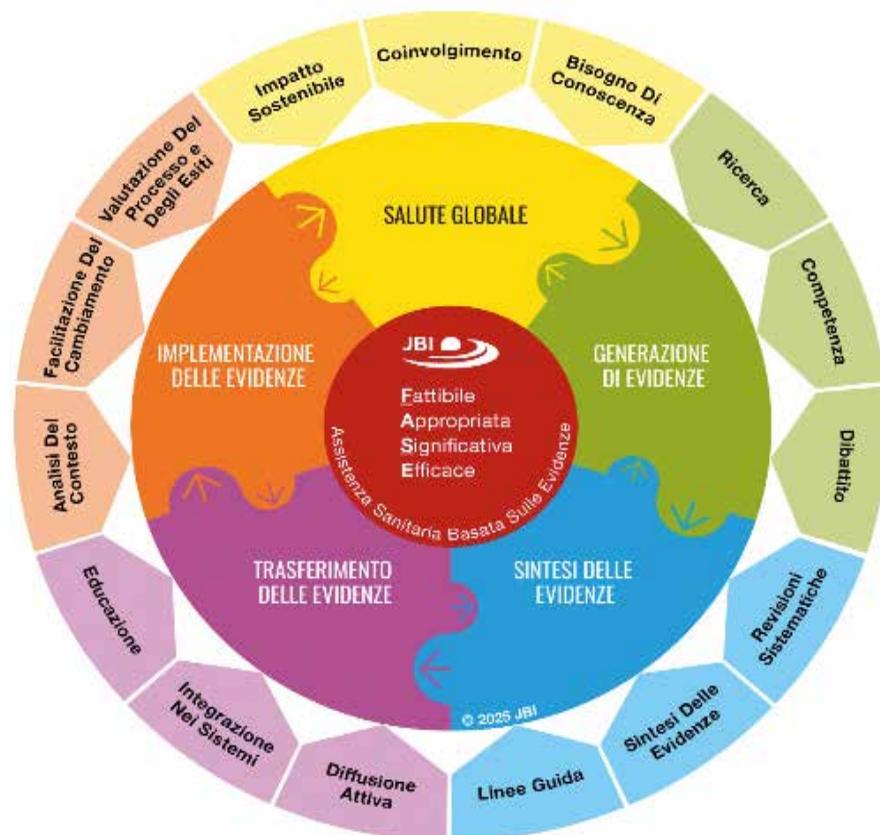


Figura 1 - Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. Principi trasversali: Cultura, Capacità, Comunicazione e Collaborazione

glese) rappresentino un ostacolo significativo all'adozione e all'implementazione dell'EBP nei contesti clinici.

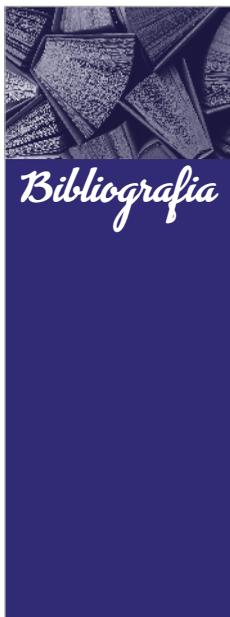
Secondo la letteratura, tale limitazione incide negativamente sulla capacità di reperire, interpretare criticamente e applicare le evidenze alla pratica clinica (Fry and Attawet, 2018; Crable et al, 2019). Inoltre, le difficoltà linguistiche possono ridurre la partecipazione a network scientifici internazionali, ostacolando lo scambio di buone

pratiche e l'aggiornamento professionale continuo (Yoo et al, 2021). Di conseguenza, la competenza linguistica dovrebbe essere riconosciuta come una dimensione essenziale nelle strategie formative per promuovere una cultura *evidence-based* realmente inclusiva e accessibile.

In questa direzione, il JBI *Italy Evidence-Based Practice and Health Research Center* del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI

di Roma si è fatto promotore di una serie di iniziative volte alla traduzione in italiano di strumenti proposti da JBI ad oggi disponibili sono in lingua inglese.

La rappresentazione grafica e la descrizione del *framework* del modello JBI di *Evidence-Based Healthcare*, quale supporto per l'implementazione di pratiche *evidence-based* nei contesti clinico-assistenziali, è a disposizione di tutti i professionisti sanitari italiani. **(Figura 1).**



Crable J, Highfield M.E.F & Patmon F. Evidence-based practice knowledge, attitudes, practices, and barriers. *Nursing*, 51(9), 58-65. 2021

<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000754000.05371.65>

Fry M & Attawet J, Nursing and midwifery use, perceptions and barriers to evidence-based practice: A cross-sectional survey. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 16(1), 47-54. 2018

<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000117>

Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E & Munn Z, The updated JBI model for evidence-based healthcare. The Joanna Briggs Institute. 2016 Jordan Z, Lockwood C, Munn Z & Aromataris E, The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 58-71. 2019

<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>

Pearson A, Jordan Z & Munn Z, Translational science and evidence-based healthcare: A clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nursing Research and Practice* 2012, Article 792519. 2012

<https://doi.org/10.1155/2012/792519>

Pearson A, Wiechula R, Court A & Lockwood C, The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207-215. 2005 Porritt K, McArthur A, Lockwood C & Munn Z, JBI's approach to evidence implementation: A 7-phase process model to support and guide getting evidence into practice. *JBI Evidence Implementation*, 21(1), 3-13. 2023

<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000361>

Yoo J.Y, Kim J.H, Kim J.S, Kim H.L & Ki J.S, Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLOS ONE*, 14(12), e0226742. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226742>

Esperienze degli infermieri che si prendono cura delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità

Raccomandazioni*

- L'impatto delle politiche migratorie sulla salute delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità dovrebbe essere integrato nella formazione infermieristica e nello sviluppo professionale continuo, nella pratica professionale acuta e comunitaria. Ciò include l'insegnamento agli infermieri su come valutare lo status di migrante e come questo contribuisca a creare barriere nell'accesso ai servizi sanitari da parte delle donne. **(Grado A)**
- Si raccomanda di fornire al personale infermieristico una formazione ed un supporto continuo per l'integrazione nella pratica dell'assistenza basata sul trauma e sulla violenza. Le organizzazioni possono contribuire a questo obiettivo sviluppando politiche che includano un supporto amministrativo per facilitare la capacità degli infermieri di fornire continuità di cura. Le iniziative devono mirare a promuovere la rivelazione di episodi di traumi e di violenze tra le donne migranti durante la gravidanza e la maternità ed a prevenire la loro scarsa partecipazione nel sistema sanitario. **(Grado A)**
- Si consiglia di ricercare strategie innovative per superare le barriere linguistiche tra donne migranti e infermiere in contesti sanitari per acuti e comunitari, quando i servizi di interpretariato non sono disponibili o quando la donna non si sente a proprio agio con l'interprete. Ad esempio vi sono gli ausili visivi ed il linguaggio del corpo. I rischi associati all'utilizzo dei familiari come traduttori devono essere integrati nello sviluppo delle politiche. **(Grado A)**
- Per garantire la sicurezza dell'assistenza, i percorsi clinici devono affrontare la complessità dei problemi di salute che si presentano nelle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità. Ciò include la necessità di un tempestivo follow-up sanitario e di un attento monitoraggio a causa di un'assistenza prenatale minima e la necessità di collaborazioni interdisciplinari per semplificare l'assistenza e facilitare l'accesso ai servizi. **(Grado A)**

*Definizione [JBI's Grades of Recommendation](#)

Fonte dell'informazione

Questa è la traduzione di un foglio informativo sulle migliori pratiche pubblicato nel JBI EBP Database.¹ Il foglio informativo originale sulle migliori pratiche è una sintesi delle evidenze derivate da una revisione sistematica pubblicata in JBI Evidence Synthesis 2022.²

Background

La migrazione involontaria è un fenomeno globale che deriva da crisi umanitarie, tra cui guerre e disastri ambientali. Coloro che migrano involontariamente sono sfollati con la forza dai loro Paesi d'origine e ricercano sicurezza dalle violenze, traumi e dalla povertà. Nell'ultimo decennio, più di 100 milioni di persone in tutto il mondo sono emigrate involontariamente dalle loro case. La metà di questa di questa popolazione è costituita da donne e ragazze, la maggior parte delle quali in età fertile. La definizione di maternità comprende le donne che vivono la fase della gravidanza, il parto e/o il post-parto, quando i lattanti hanno fino a 6 settimane di vita. Sulla base di questo concetto e della concettualizzazione di salute materna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il termine "donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità" si riferisce a donne che vivono con lo status di migranti forzati e che sperimentano le fasi della maternità. Le categorie di migranti sfollati con la forza dipendono dalla rete di politiche migratorie del Paese ospitante. Esempi di queste categorie di migranti involontari sono i rifugiati, gli sfollati interni e/o gli apolidi.

La salute materna delle donne è legata ai loro viaggi di migrazione e al loro status di migranti. La maggior parte di queste donne sperimenta disparità sanitarie, tra cui tassi più alti di problemi di salute mentale, forme di abuso e violenza, assistenza prenatale limitata e un sostegno sociale ridotto.

Le barriere culturali e linguistiche esacerbano queste disparità.

Gli infermieri hanno una formazione unica e sono informati sui principi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie per fornire assistenza a chi è colpito da molteplici e complessi problemi di salute. Comprendere le esperienze uniche delle infermiere che forniscono assistenza alle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità può evidenziare la capacità delle infermiere di occuparsi degli impatti sulla salute della migrazione forzata.

Obiettivi

Presentare le migliori evidenze disponibili sulle esperienze degli infermieri che forniscono assistenza alle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità

Esperienze degli infermieri che si prendono cura delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità

Fenomeno di interesse

Questa revisione ha preso in considerazione gli studi che hanno esplorato le esperienze degli infermieri nel fornire assistenza alle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità. La comprensione dei molteplici modi in cui l'assistenza viene fornita globalmente dagli infermieri per soddisfare i bisogni di questa popolazione culturalmente e linguisticamente diversa era di interesse centrale. Piuttosto che concentrarsi su singoli aspetti della pratica infermieristica, come l'erogazione di un'assistenza sessuale e riproduttiva, è stata esplorata l'esperienza generale nel fornire l'assistenza nei diversi contesti sanitari.

Qualità della ricerca

Nella revisione sistematica è stato incluso un totale di 23 studi. I disegni degli studi variavano dall'ermeneutica, all'etnografia, alla grounded theory, ai disegni qualitativi descrittivi ed esplorativi. I dati estratti includevano le caratteristiche dei partecipanti come il sesso, la storia di migrazione e la razza/etnia. La qualità metodologica è stata valutata da due revisori indipendenti e tutti gli studi hanno ottenuto un punteggio pari o superiore all'80% in una checklist a 10 Item. La credibilità dei risultati è stata rilevata grazie a risultati inequivocabili (cioè non contestabili). La fiducia nei risultati sintetizzati è stata classificata come moderata secondo l'approccio ConQual.

Risultati

Gli studi inclusi in questa revisione provenivano da diversi paesi, tra cui Canada, Australia, Finlandia, Regno Unito, Svizzera, Svezia, Irlanda, Norvegia, Bangladesh, Thailandia e Stati Uniti. Almeno 186 infermieri hanno partecipato ai 23 studi. Il numero preciso di infermieri partecipanti non è noto, poiché in sei studi non è stato identificato specificamente il numero di infermieri inclusi nei campioni multidisciplinari. Un totale di 115 risultati sono stati generati dai 23 studi e aggregati in quattro categorie. Dopo un'ulteriore aggregazione basata sulla similarità di significato, queste quattro categorie sono state raggruppate in due risultati sintetizzati.

Risultato sintetizzato 1: Gli infermieri integrano la diversità culturale e linguistica nella pratica clinica

Il primo risultato sintetizzato della revisione riguardava il modo in cui gli infermieri integrano la diversità culturale e linguistica nell'erogazione dell'assistenza, dimostrandosi sensibili alle diverse opinioni sulla salute e ai diversi modi di comunicare i problemi di salute. Alcuni infermieri hanno descritto atteggiamenti pregiudizievole tra i loro colleghi. Molti infermieri hanno espresso il desiderio di comprendere in che modo le culture influenzano il self-care nelle donne durante la gravidanza e la maternità. Adattare i protocolli di assistenza per supportare le pratiche culturali, la priorità delle convinzioni delle madri rispetto alle proprie, il coinvolgimento dei familiari nell'assistenza e l'apertura all'apprendimento di nuovi significati nell'assistenza rappresentano esempi attraverso i quali gli infermieri hanno dimostrato la loro sensibilità culturale. L'integrazione della sensibilità culturale nella pratica ha comportato un dialogo più intenso tra donne e infermieri su argomenti di cui molte donne non erano abituate a parlare.

"...Spesso chiedo loro 'Cosa fareste culturalmente nel vostro Paese', quindi... il mio livello di formazione aumenta a... Così si conosce qual è per loro la normalità prima di cercare di cambiarla."

Gli infermieri hanno anche integrato la consapevolezza della diversità linguistica nell'ambito dell'assistenza. Le strategie utilizzate dagli infermieri per affrontare la diversità linguistica includevano la collaborazione con altri professionisti come psicologi, assistenti sociali e interpreti. L'accesso ai servizi di interpretariato è stato descritto da alcuni infermieri come vantaggioso e come limitante. Gli infermieri hanno proposto soluzioni come l'utilizzo di supporti visivi e l'impiego di gestualità, del linguaggio del corpo per facilitare la comunicazione nell'assistenza. Gli infermieri hanno espresso cautela nell'utilizzare Google Translate e cautela nel rivolgersi ai familiari nell'interpretazione, perché questo ha spesso portato a errori di traduzione e di comprensione delle informazioni, oltre a compromettere la riservatezza delle donne.

Sintesi dei risultati 2: Gli infermieri valutano le disuguaglianze derivanti dalla migrazione forzata sulle donne in gravidanza

Il secondo risultato sintetizzato della revisione ha illustrato come gli infermieri valutano le disuguaglianze derivanti dall'impatto della migrazione forzata sulle donne durante la gravidanza e la maternità. Le disuguaglianze includevano un supporto sociale limitato, l'instabilità abitativa e un accesso inadeguato a cibo e vestiario. Gli impatti sulla salute riscontrati dagli infermieri includevano tassi più elevati di problemi legati alla salute mentale come depressione e ansia. Lo status di migrante è stato considerato un fattore che contribuisce a queste disuguaglianze. L'attenuazione delle disuguaglianze ha comportato la necessità di dedicare tempo per comprendere in che modo le esperienze pre-migratorie influenzino la salute materna delle donne e come facilitare l'integrazione della comunità nei sistemi sociosanitari. Il concetto di sistema sanitario non era conosciuto alla maggior parte delle donne a causa dell'accesso limitato ai servizi sanitari nei paesi devastati dalla guerra. Sebbene le infermiere abbiano dichiarato di aver ricevuto una formazione limitata sulla valutazione dello status di migranti, hanno riconosciuto che la maggior parte di queste donne ha gravidanze ad alto rischio e necessita di percorsi di assistenza specializzati per soddisfare le loro complesse esigenze di salute materna.

"Sono tutte donne 'ad alto rischio', quindi necessitano di cure specialistiche ad alto rischio... la maggior parte di loro non ha effettuato prelievi di sangue, né ecografie, nulla. Potrebbero avere una gravidanza gemellare, una placenta previa, una talassemia, un'epatite B o un'epatite A... Hanno bisogno di un percorso di assistenza adeguato."

Gli infermieri hanno espresso una certa insicurezza nel dover affrontare le esperienze di trauma e violenza delle donne; tuttavia, hanno fornito un'assistenza incentrata sul benessere emotivo delle donne durante gli appuntamenti clinici. Inoltre, gli infermieri hanno dato priorità all'instaurazione di relazioni di fiducia con le donne per promuovere la rivelazione delle esperienze traumatiche, aumentando così il coinvolgimento delle donne nei sistemi sanitari. Gli infermieri hanno riscontrato difficoltà nel creare un rapporto di fiducia con le donne provenienti da paesi in cui i sistemi sanitari erano legati a strutture governative corrotte. Tuttavia, la continuità assistenziale e la chiarezza del ruolo infermieristico e dei sistemi sanitari si sono rivelate strategie che hanno mitigato l'ansia delle donne. La mancanza di iniziative organizzative nel garantire tempo e flessibilità all'assistenza ha ostacolato gli infermieri nei loro tentativi di stabilire relazioni di fiducia.

Esperienze degli infermieri che si prendono cura delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità

Conclusioni

In questa revisione sono state identificate tre aree centrali nell'assistenza infermieristica, fondamentali per la presa in carico delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità. La prima è stata la comprensione dello status di migrante involontario come determinante per la salute.

Analizzando lo status di migrante involontario di una madre, gli infermieri hanno evidenziato problematiche di salute come un accesso ridotto alle cure prenatali e l'isolamento sociale. Gli infermieri hanno descritto queste problematiche come derivanti dallo status di migrante della donna, malgrado la scarsa conoscenza delle categorie di migranti involontarie. In secondo luogo, molti infermieri hanno descritto le donne migranti involontarie come esposte a traumi e violenze. Tuttavia, gli infermieri hanno espresso la mancanza di un supporto professionale nell'integrare un'assistenza focalizzata sui traumi e sulla violenza nella presa in carico delle donne con status di migrante involontario. Al contrario, gli infermieri si sono basati sull'esperienza per supportare un'assistenza compassionevole. La terza area centrale identificata come fondamentale per l'assistenza infermieristica è stata l'integrazione della diversità linguistica e culturale.

Esperienze di infermieri che si prendono cura di donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità JBI EBP Database 24(5) 2022 | 2 Molti infermieri in questa revisione hanno incentrato l'assistenza sulle convinzioni culturali delle donne. Rimanere aperti all'apprendimento di nuovi valori culturali della salute materna, adattando contemporaneamente protocolli organizzativi per fornire un'assistenza culturalmente sensibile, sono stati parte integrante della pratica nella maggior parte degli infermieri in questa revisione. Molti infermieri in questa revisione hanno sostenuto strategie visivamente creative ed eticamente sicure per affrontare le barriere linguistiche. Durante l'assistenza era responsabilità degli infermieri garantire il comfort alle donne durante il lavoro con un interprete e garantire il rispetto della riservatezza da parte degli interpreti.

Implicazioni per la pratica

Questa revisione ha individuato quattro implicazioni per migliorare la pratica infermieristica e le politiche che modellano l'assistenza sanitaria. In primo luogo, è fondamentale comprendere lo status di migrante come determinante della salute delle donne. I programmi di formazione infermieristica dovrebbero essere integrati considerando l'impatto delle politiche migratorie sulla salute delle donne migranti involontarie. Ciò insegnerà agli infermieri a valutare lo status di migrante e a comprendere come tale status possa influenzare il modo in cui le donne accedono ai servizi sanitari. I risultati della revisione evidenziano anche la necessità di uno sviluppo professionale continuo incentrato sulla valutazione dello status di migrante e di iniziative educative su traumi e violenza nei contesti in cui sono presenti le donne madri migranti involontarie. Tra gli obiettivi di queste iniziative rientra la promozione di rilevare l'esposizione a traumi e violenza per prevenire la scarsa partecipazione delle donne nei sistemi sanitari.

Una terza implicazione per la pratica professionale riguarda la necessità di creare strategie innovative per superare le barriere linguistiche. Si raccomanda di ricercare strategie che supportino la pratica infermieristica nei contesti di assistenza sanitaria per acuti e comunitari in assenza di interpreti. Le politiche dovrebbero affrontare i rischi nel fare affidamento ai familiari o a Google Translate come strumenti di comunicazione.

Infine, si raccomanda di garantire che i percorsi di assistenza clinica affrontino i problemi di salute delle donne madri migranti involontarie per garantire un'assistenza sicura. Si raccomanda un follow-up tempestivo della salute materna

e un attento monitoraggio, a causa della scarsa assistenza prenatale dovuta allo status di migrante involontario e alle esperienze pre-migratorie. Ciò dovrebbe implicare partnership interdisciplinari, che offrano agli infermieri l'opportunità di lavorare con professionisti specializzati nella gestione della salute e del benessere delle donne madri migranti involontarie.

POPOLAZIONE

Infermieri

FENOMENO DI INTERESSE

Esperienze di assistenza a donne migranti durante la gravidanza e la maternità

CONTESTO

Setting per acuti e comunitari sia nelle aree urbane che rurali

SINTESI DEI RISULTATI

Gli infermieri integrano la diversità culturale e linguistica nella pratica

Gli infermieri sono sensibili alle diverse convinzioni sanitarie e ai diversi modi di comunicare i problemi di salute e adattano l'assistenza per supportare e integrare le sensibilità culturali.



Gli infermieri valutano le disuguaglianze dovute alla migrazione forzata sulle donne durante la gravidanza e la maternità.

Gli infermieri riconoscono che molte donne migranti contro volontà hanno una gravidanza ad alto rischio e necessitano di percorsi di assistenza specializzati per soddisfare i loro complessi bisogni di salute materna.



RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

POLITICHE EDUCATIVE

L'impatto delle politiche migratorie sulla salute delle donne migranti contro volontà dovrebbe essere integrato nella formazione infermieristica e nello sviluppo professionale continuo, sia in ambito acuto che in ambito comunitario.



(Grado A)

SUPPORTO ED EDUCAZIONE AGLI EPISODI DI VIOLENZA E TRAUMI

Si raccomanda di fornire agli infermieri formazione e supporto continui in relazione all'integrazione di cure basate su traumi e violenza nella pratica clinica.



(Grado A)

STRATEGIE PER SUPERARE LE BARRIERE LINGUISTICHE

Si consiglia di esplorare strategie innovative per superare le barriere linguistiche tra donne migranti e infermieri in contesti sanitari per acuti e comunitari, quando i servizi di interpretariato non sono disponibili o quando la donna non si sente a suo agio con l'interprete.



(Grado A)

PERCORSI CLINICI

Per garantire un'assistenza sanitaria sicura, i percorsi clinici dovrebbero affrontare la complessità dei problemi di salute nelle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità.



(Grado A)

Esperienze degli infermieri che si prendono cura delle donne migranti involontarie durante la gravidanza e la maternità

Referimenti

1. Kassam, S., Butcher, D. & Marcellus, L. Best Practice Information Sheet: Experiences of nurses caring for involuntary migrant maternal women. JBI EBP Database. 2022; 24(5):1-5
2. Kassam, S., Butcher, D., Marcellus, L. Experiences of nurses caring for involuntary migrant maternal women: a qualitative systematic review. JBI Evid Synth. 2022; 20(11):2609-55.

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di best practice è stata sviluppato in collaborazione con il JBI e dai candidati nominati dai Centri di Collaborazione JBI.



Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Kassam, S., Butcher, D., Marcellus, L. [Best Practice Information Sheet] Experiences of nurses caring for involuntary migrant maternal women. Translated by: Sferrazza S., Lorenzetti C., Gorga F., Kusumam P., Vanzi V., Stievano A. & Caggianelli G. JBI EBP Database. 2025; 4(2):1-5 LOTE. Original published 2022.



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.

Copyright © 2022

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

Email: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

Gabriele Caggianelli (Direttore), Angela Peghetti, Roberto Accettone, Valerio Della Bella, Francesca Gorga, Claudia Lorenzetti, Nicolò Panattoni, Silvia Sferrazza, Marco Tosini, Carlo Turci, Valentina Vanzi

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 la Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Pressione

(Roma, 10 gennaio 2025)

Autori: Roberto Accettone, Valerio Della Bella, Nicolò Panattoni, Alessandro Stievano, Valentina Vanzi, Gabriele Caggianelli

RACCOMANDAZIONI CLINICHE

Consapevolezza ed identificazione precoce del rischio

L'approccio del Gruppo di lavoro è stato quello di osservare l'impatto sull'incidenza delle lesioni da pressione e di applicare uno strumento per la valutazione del rischio, associato a un trattamento preventivo mirato.

Per identificare i soggetti a rischio di sviluppare una lesione da pressione e dovendo utilizzare uno strumento formale di valutazione del rischio (come supportato da evidenze aneddotiche che dimostrano la variabilità del livello di competenze e conoscenze delle professioni sanitarie), non è stato possibile raccomandare l'uso del solo giudizio clinico. L'uso di uno strumento formale di valutazione del rischio contribuisce a garantire che il rischio di lesione da pressione venga documentato e riconosciuto come un "problema significativo".

Si è ritenuto che tutte le persone debbano essere considerate potenzialmente a rischio di sviluppare una lesione da pressione: di questo rischio potenziale tutti i professionisti sanitari devono essere consapevoli, inclusi i pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere, intermedie e territoriali di degenza (ospedale, RSA e strutture protette), che, al momento del ricovero, dovrebbero ricevere una valutazione del rischio.

Inoltre, è stata sviluppata un'altra raccomandazione per includere tutti gli altri setting (cure primarie, assistenza territoriale o dipartimenti di emergenza): in tali contesti, i soggetti con fattori di rischio dovrebbero essere considerati per una valutazione, inclusi quelli in attesa di ricevere assistenza (es. setting ambulatoriale).

Si è pure riconosciuto che il rischio non sia una costante ed è probabile che cambi nel corso dell'assistenza.

Consapevolezza e identificazione precoce del rischio

1. Tutti i pazienti sono potenzialmente a rischio di lesione da pressione.
Raccomandazione forte
2. Valutare e documentare il rischio negli adulti in tutti i contesti assistenziali.
Raccomandazione forte
3. Considerare l'uso di scale validate per supportare il giudizio clinico.
Raccomandazione debole
4. Rivalutare il rischio in caso di cambiamenti clinici significativi.
Raccomandazione forte

"Riconoscere il rischio è il primo passo per prevenire."



Pertanto, si è enfatizzata la necessità di fornire una rivalutazione del rischio della lesione da pressione a seguito di qualsiasi cambiamento dello stato clinico, che può verificarsi in vari momenti (es. dopo un intervento chirurgico, del peggioramento di una condizione di base o di un cambiamento nella mobilità).

Tuttavia, non è stata identificata alcuna evidenza e, per sviluppare questa raccomandazione, è stato utilizzato il consenso informale del gruppo di lavoro.

VALUTAZIONE CLINICA E MONITORAGGIO DELLA CUTE

Le evidenze della Revisione prognostica, relativa alla valutazione della cute, hanno suggerito che le modalità di valutazione cutanea (es. misurare la temperatura e valutare la presenza di eritema che non regredisce alla digi-topressione) sono predittive dello sviluppo di lesioni da pressione.

Si è evidenziato che i fattori specifici, per una valutazione clinica, includono la presenza di eritema, decolorazione (in particolare nei soggetti con pelle più scura), calore, edema o indurimento.

Tutte caratteristiche identificabili con la semplice osservazione diretta e la palpazione della cute a rischio.

Si è sottolineato che, anche in assenza di evidenze, poiché lo stato di rischio di una persona può cambiare in un breve periodo di tempo, è importante garantire che tutti gli assistiti siano valutati regolarmente, evitando la categorizzazione del grado di rischio.

Valutazione clinica e monitoraggio della cute

1. Valutazione cutanea da parte di personale qualificato, considerando dolore, integrità, discromie, temperatura e umidità della cute.
Raccomandazione forte
2. Usare palpazione o diascope per valutare l'eritema.
Raccomandazione forte
3. In presenza di rossore persistente, attivare interventi e rivalutare almeno ogni 4 ore.
Raccomandazione debole

"Guardare oltre la superficie: la pelle racconta molto."

AZIONI PREVENTIVE E GESTIONE QUOTIDIANA

Il Gruppo di lavoro ritiene che alleviare la pressione riposizionando le persone a rischio sia fondamentale per la prevenzione delle lesioni da pressione ed è attualmente una *best practice*.

Sono state utilizzate le evidenze per accertare la strategia di riposizionamento ottimale (compresa la frequenza e la posizione) per prevenire le lesioni da pressione. La frequenza di riposizionamento deriva da uno studio che mostra un beneficio clinico con una mobilitazione ogni quattro ore (l'intervento include l'uso di un materasso che riduce la pressione) rispetto all'assistenza standard per la riduzione dell'incidenza di lesioni da pressione di grado ≥ 2 e per tutti i gradi di lesioni da pressione, si ritiene importante considerare le preferenze del paziente nei confronti della mobilitazione. In particolare durante la notte, queste dovrebbero essere tenute in considerazione dall'operatore sanitario.

Non sono stati segnalati benefici per quanto concerne l'uso del massaggio o della frizione cutanea ed è stato evidenziato come la cute a rischio di sviluppare lesioni da pressione è probabilmente fragile e, come tale, i massaggi o le frizioni cutanee possono, potenzialmente, causare danni.

Le evidenze identificate riguardano principalmente i soggetti il cui stato nutrizionale non è adeguato, ergo sono di



limitata applicabilità per le persone con uno stato nutrizionale adeguato.

Nel complesso, c'è un vantaggio clinico poco chiaro dell'integrazione nutrizionale per la prevenzione delle lesioni da pressione nelle popolazioni con persone malnutrite: non si ritiene, quindi, utile, per la prevenzione, fornire un'integrazione nutrizionale specifica alle persone con un'alimentazione adeguata e non si è formulata una raccomandazione a sostegno della somministrazione di supplementi nutrizionali per tale popolazione.

Il Gruppo di lavoro ha convenuto che è importante fornire una giusta idratazione, indipendentemente dall'efficacia nella prevenzione delle lesioni da pressione.

Azioni preventive e gestione quotidiana

1. Stimolare il cambio di posizione almeno ogni 4 ore; documentare la frequenza.
Raccomandazione forte
2. Non eseguire massaggi o frizioni cutanee per prevenzione.
Raccomandazione forte
3. Non somministrare supplementi nutrizionali se il paziente è ben nutrito.
Raccomandazione Forte
4. Non somministrare liquidi SC o EV solo per prevenzione in pazienti ben idratati.
Raccomandazione debole

"La prevenzione è un'azione continua e programmata."

DISPOSITIVI E AUSILI PER LA RIDISTRIBUZIONE DELLA PRESSIONE

Per ridurre l'incidenza di lesioni da pressione, sono risultati clinicamente utili: il materasso a bassa pressione costante e quello a pressione alternata, rispetto a un materasso in schiuma standard.

Non è stato riscontrato alcun beneficio clinico di un sovrmaterasso a pressione alternata, rispetto a quelli in

Dispositivi e ausili per la redistribuzione della pressione

1. Utilizzare materassi antidecubito previsti dai LEA in degenza o a domicilio.
Raccomandazione forte
2. Considerare dispositivi di redistribuzione della pressione in sala operatoria.
Raccomandazione debole
3. Considerare ausili per pazienti in carrozzina o seduti a lungo.
Raccomandazione debole

"Tecnologia e scelte adeguate migliorano la sicurezza del paziente."



silicone o in schiuma o la sovrapposizione del vello di pecora. Si ritiene che la Sala Operatoria dovrebbe essere dotata come minimo di un materasso da sala in schiuma ad alta specificità, poiché i pazienti chirurgici sono a rischio di sviluppare lesioni da pressione; vantaggi simili possono essere ottenuti utilizzando equivalenti dispositivi di redistribuzione della pressione.

Anche le persone che usano sedie a rotelle, probabilmente, sono a rischio di sviluppare lesioni da pressione e richiedono perciò una redistribuzione della pressione: le evidenze suggeriscono un beneficio dei cuscini in schiuma ad alta tecnologia.

In relazione alle evidenze individuate, il Gruppo di lavoro ha ritenuto che le indicazioni sulla disponibilità delle varie tipologie delle superfici antidecubito debbano rispettare la legislazione nazionale e regionale italiana; il processo di selezione degli stessi può essere determinata da normativa LEA, extra LEA o da indicazioni regionali, correlate a procedura di gare aziendali, regionali o ad acquisti *out of pocket*.

APPROCCIO INDIVIDUALIZZATO E PIANIFICAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE

Il Gruppo di lavoro ha convenuto che ci sono evidenze a supporto dello scarico della pressione sul tallone mediante l'uso di una strategia della di sua elevazione. Tale strategia può essere di beneficio solo per le persone considerate a rischio specifico di sviluppare un'ulcera a tal livello. Non essendo tutte le persone soggette a tale rischio, le strategie preventive dovrebbero essere adattate alle esigenze individuali, tenendo conto dei siti specifici.

L'applicazione di una barriera nella prevenzione dei danni cutanei sarebbe indicata dopo la pulizia della cute ad una serie di popolazioni indicate nella linea guida, ad esclusione degli incontinenti.

Si ritiene che tra i preparati-barriera che possono essere utilizzati vi siano quelli contenenti dimeticone e paraffina morbida bianca: tuttavia, non ci sono evidenze sufficienti per formulare una raccomandazione su una specifica preparazione-barriera.

Approccio individualizzato e pianificazione del piano assistenziale

1. Concordare con paziente e caregiver strategie di scarico della pressione per il tallone a rischio.
Raccomandazione forte
2. Considerare esigenze posturali nei pazienti seduti a lungo.
Raccomandazione debole
3. Considerare l'utilizzo di prodotti barriera o strategie per prevenire lesioni da umidità o incontinenza.
Raccomandazione debole

"Ogni paziente è unico: il piano di prevenzione deve esserlo altrettanto."



Linee Guida: obiettivi, ambiti di applicazione e metodi



DEFINIZIONE

Si definiscono lesioni da pressione le lesioni localizzate della cute e/o dei tessuti sottostanti, solitamente in corrispondenza di prominenze ossee, risultanti da pressione in combinazione o meno con forze di taglio. Le lesioni da pressione sono fortemente correlate alla qualità dell'assistenza e allo stato generale del paziente.

OBIETTIVI DELLA LG

- Ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione;
- prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione;
- fornire precise indicazioni per una corretta gestione delle lesioni da pressione;
- promuovere sinergie d'azione fra i diversi professionisti sanitari;
- Ridurre i rischi associati a procedure non basate sull'evidenza scientifica;
- Fornire indicazioni per un miglioramento dei modelli organizzativi, soprattutto nell'ambito dell'assistenza domiciliare;
- aumentare l'equità nell'accesso alle cure.



GRUPPO DI LAVORO

AIUC - Associazione Italiana Ulcere Cutanee, in collaborazione con:
AISC - Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee,
SIMS - Società Italiana di Medicina Subacquea e Iperbarica, SICPRE - Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, SINuc - Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo, SIMT - Società Italiana Malattie Infettive, SIFC - Società Italiana Farmacisti ospedalieri, SIMITU - Associazione per i diritti dei pazienti affetti da ulcere cutanee.



POPOLAZIONE

Pazienti acuti o cronici, di tutte le età, con possibile riduzione o perdita della capacità di mobilizzazione autonoma, a rischio di sviluppare, o che presentano già, lesioni da pressione.



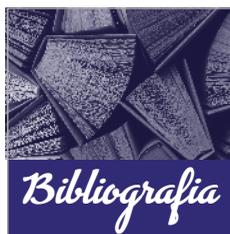
METODOLOGIA

In conformità a quanto previsto dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), considerata la disponibilità di numerose LG internazionali sul tema della prevenzione e del trattamento delle lesioni da pressione l'Associazione Italiana Ulcere Cutanee ETS (AIUC) piuttosto che di elaborarne una ex-novo ha scelto di adattare al contesto italiano una LG di buona qualità metodologica.



UTILIZZATORI

Gli utilizzatori target della LG sono tutti i professionisti sanitari coinvolti nella gestione delle lesioni da pressione, problematica multidisciplinare e multiprofessionale. A diversi livelli sono coinvolti infermieri, podologi, fisioterapisti, farmacisti, medici chirurghi, ma anche i caregiver che assistono questi pazienti cronici in ogni setting assistenziale compreso quello domiciliare.



Le citazioni bibliografiche nella LG NICE originale erano riportate nell'elenco finale senza essere citate nel testo. Di conseguenza, nella presente LG - nell'impossibilità di risalire alla correlazione tra testo e singole voci bibliografiche - la bibliografia della LG originale è stata riportata con la stessa modalità ed è consultabile al seguente link della LG: https://www.iss.it/documents/20126/8331678/LG_C0030_AIUC_Lesioni+da+pressione.pdf/1172af14-bc23-7ba8-6a5b-e9f-d655a30a6?t=1736413094143 (da pag. 175 a 196).



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: Färnqvist K, Olsson E, Garratt A, Paraskevas T, Soll R.F., Bruschetti M, Persad E, "Clinical rating scales for assessing pain in newborn infants". Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 4. Art. No.: MR000064. DOI: 10.1002/14651858.MR000064.pub2.¹

Autori: Valentina Vanzi, Gabriele Caggianelli

In letteratura si stima che, tra il 7% ed il 15% dei neonati venga ricoverato in un'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), prevalentemente per condizioni patologiche acute o prematurità (Grunberg et al, 2019). Durante la degenza, questi pazienti sono frequentemente sottoposti a procedure cliniche invasive e dolorose, spesso associate a possibili esiti negativi a lungo termine, sia sul piano neurologico che comportamentale.

Infatti, già a partire dagli anni Ottanta, numerosi studi scientifici hanno progressivamente confutato l'idea, precedentemente diffusa (Maxwell et al., 2019), secondo cui l'im maturità anatomica e funzionale del sistema nervoso nei neonati, in particolare se prematuri, comportasse un'incapacità di percepire il dolore o una percezione attenuata dello stesso. Attualmente, è ampiamente accettato che, già dalla 23^a settimana di età gestazionale, il Sistema Nervoso Centrale (SNC) sia dotato della struttura e delle funzioni necessarie per la nocicezione. Pertanto, anche nei neonati e nei lattanti, il sistema nervoso è pienamente capace di rilevare, trasmettere e interpretare gli stimoli dolorosi. Tuttavia, nei soggetti più piccoli (neonato e lattante fino ai 12-18 mesi), le vie inibitorie discendenti risultano ancora immature, con una conseguente efficacia antinocicettiva ridotta.

Questo squilibrio favorisce una maggiore eccitabilità del sistema nocicettivo nel suo complesso, determinando una condizione in cui, a parità di stimolo doloroso, il neonato presenta una percezione più intensa rispetto al bambino più grande o all'adulto (Hartley et al., 2016). È ormai riconosciuto che ogni esperienza dolorosa lascia una traccia mnemonica, soprattutto nei pazienti più piccoli e fragili.

La formazione della memoria del dolore avviene

precocemente e può condizionare la percezione e la risposta agli stimoli nocicettivi per tutta la vita. Sebbene molte di queste memorie siano inconscie, esse possono contribuire allo sviluppo di alterazioni comportamentali, cognitive e psicosociali (Benini et al., 2010).

Alla luce di queste evidenze, risulta chiaro che l'esperienza del dolore durante la fase neonatale e la prima infanzia può avere un impatto determinante sull'organizzazione definitiva del sistema algico dell'individuo.

Tale esperienza comporta implicazioni cliniche rilevanti sia a breve che a lungo termine, con effetti negativi più marcati quanto più precoce è l'età dell'esposizione al dolore (Anand et al., 2017).

Non sorprende, quindi, che la prognosi relativa all'esposizione al dolore sia più sfavorevole in età neonatale e pediatrica rispetto alle età successive.

Per prevenire tali conseguenze e garantire un trattamento antalgico efficace e sicuro, è imprescindibile un'accurata misurazione del dolore, basata sull'impiego di strumenti clinici validati, oggettivi e standardizzati.

Sebbene siano state sviluppate numerose scale per la rilevazione del dolore neonatale, la loro implementazione nella pratica clinica e nella ricerca risulta limitata da criticità metodologiche, in particolare per quanto riguarda la validità e l'affidabilità delle misurazioni. Tali limitazioni possono determinare errori di stima del dolore, con conseguente rischio di sovratattamento (es. sedazione non necessaria) o sottotattamento, compromettendo la sicurezza del paziente attraverso effetti collaterali quali sintomi da astinenza o persistenza del dolore.

La maggior parte delle scale attualmente disponi-



bili è stata progettata per la valutazione del dolore procedurale acuto, mentre sono relativamente pochi gli strumenti adeguati per la rilevazione del dolore prolungato.

La popolazione dei neonati pretermine presenta ulteriori sfide valutative, in quanto la loro immaturità neurologica riduce la capacità di espressione comportamentale del dolore, rendendo meno affidabili i parametri osservazionali convenzionali.

Inoltre, l'evidenza empirica mostra che l'utilizzo delle scale di valutazione nella pratica clinica rimane subottimale, a causa sia di un'applicazione non sistematica sia dell'adozione di strumenti non congruenti con il tipo di dolore, la fascia di età o il contesto assistenziale. Tali criticità compromettono la qualità dell'assistenza e l'accuratezza della gestione del dolore.

Nonostante l'ampia letteratura sul *burden* del dolore neonatale, permangono lacune significative nella sintesi delle evidenze relative all'appropriatezza delle diverse scale in funzione del tipo di dolore o delle condizioni cliniche del neonato.

Questa carenza è attribuibile, almeno in parte, alla natura soggettiva del dolore e alle difficoltà metodologiche legate alla valutazione in una popolazione non verbale e neurologicamente immatura. A ciò si aggiunge l'eterogeneità culturale e linguistica delle scale sviluppate, che ostacola ulteriormente l'unificazione e la comparabilità dei dati disponibili.

Da queste premesse nasce la Revisione in oggetto, firmata da Färnqvist e colleghi (2025), che si pone l'obiettivo di raccogliere, descrivere ed analizzare criticamente lo sviluppo, i contenuti e le proprietà psicometriche delle scale cliniche utilizzate per la valutazione del dolore nei neonati.

La ricerca è stata condotta da un esperto in ricerca bibliografica che ha consultato in modo sistematico i database CENTRAL, PubMed, Embase e CINAHL, con l'ultima ricerca aggiornata a luglio 2023.

Sono stati inclusi studi di qualsiasi disegno metodologico che avessero come oggetto lo sviluppo o la validazione di scale per la misurazione del dolore in ambito neonatale, sia per i pretermine (ovvero, nati prima della 37^a settimana di gestazione) che per quelli a termine, prendendo in considerazione anche studi che coinvolgevano operatori sanitari, come infermieri e medici.

La valutazione delle scale è stata effettuata utilizzando il metodo COSMIN (*Consensus based Standards for the selection of health Measurement Instruments*), che analizza parametri quali validità del contenuto e della struttura, coerenza interna, affidabilità, errore di misurazione, verifica di ipotesi e validazione

transculturale (Mokkink et al, 2016).

Inoltre, è stato adottato un approccio GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) modificato per valutare il rischio di *bias*, l'incoerenza, l'imprecisione e l'indirettezza delle evidenze.

Nel complesso, sono stati inclusi 79 studi, per un totale di: 7197 neonati, 326 infermieri e 12 medici. Sono state identificate 27 scale cliniche utilizzate in 26 Paesi. Dei 79 studi, 14 hanno riguardato neonati pretermine, 11 a termine, 46 entrambi i gruppi, mentre otto hanno coinvolto operatori sanitari da soli o in combinazione con i neonati.

L'analisi, secondo i criteri COSMIN, ha rivelato che tutte le scale presentano un livello di evidenza molto basso, sollevando preoccupazioni sulla loro validità, affidabilità ed applicabilità in contesti clinici diversi.

Una delle principali problematiche riguarda la validità del contenuto, ovvero la capacità delle scale di coprire, in modo completo e coerente, tutti gli aspetti che caratterizzano l'esperienza dolorosa nel neonato.

A ciò si aggiunge una validità strutturale spesso carente, in quanto molte scale non presentano una chiara struttura teorica che colleghi i diversi indicatori comportamentali e fisiologici al concetto di dolore.

Anche l'affidabilità (ossia, la coerenza delle valutazioni tra osservatori diversi o in tempi diversi) risulta frequentemente limitata, riducendo la precisione delle misurazioni.

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalla scarsa adattabilità delle scale ai diversi contesti clinici, culturali e linguistici, fattore che ne limita l'utilizzo internazionale, compromettendone la standardizzazione.

Per di più, in ambito clinico, l'impiego di questi strumenti è spesso subottimale: la loro implementazione risulta discontinua, e la scelta della scala non sempre è adeguata rispetto all'età gestazionale del neonato, alla tipologia di dolore (acuto o prolungato), o al *setting* assistenziale in cui viene applicata. Da questa analisi si evince come, di fatto, sebbene le scale neonatali di *assessment* del dolore siano strumenti indispensabili, la loro efficacia è tuttora limitata da carenze metodologiche ed applicative.

È, pertanto, necessario proseguire con studi di validazione più robusti e promuovere lo sviluppo di strumenti più sensibili, affidabili e adattabili, per garantire una gestione del dolore realmente centrata sul benessere del neonato.

In tal senso, gli autori della Revisione in oggetto concludono che il personale sanitario debba adottare un approccio critico nell'utilizzo delle attuali scale di



valutazione del dolore neonatale. Suggestiscono una collaborazione attiva tra clinici, ricercatori ed esperti di metodologia per evitare errori metodologici e contribuire al miglioramento della qualità degli strumenti valutativi in ambito neonatologico.

Questo lavoro di Revisione mette in luce una problematica crescente evidenziata dalla letteratura sull'importanza della metodologia e della valutazione critica degli studi e degli strumenti utilizzati nella pratica clinica. Infatti, se è vero che una delle conquiste più significative nel campo della gestione del dolore neonatale sia stata quella di confutare definitivamente il mito

sull'incapacità dei neonati di provare dolore, oggi, è altrettanto essenziale riconoscere che la soluzione a tale problematica non può essere ridotta a una semplice risposta dicotomica, vale a dire la presenza o la non disponibilità di una scala di valutazione del dolore. In realtà, la questione è molto più complessa e richiede un'analisi approfondita della validità di questi strumenti. È fondamentale, infatti, andare oltre la superficie e esplorare criticamente l'efficacia e le limitazioni delle scale esistenti, per garantire che siano realmente adeguate a rilevare e gestire il dolore nei neonati in modo sicuro e accurato.

¹ Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, fascicolo 4, DOI: 10.1002/14651858.MR000064.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.



Bibliografia

- Anand KJS, Eriksson M, Boyle EM, Avila-Alvarez A, Andersen RD, Sarafidis K, Polkki T, Matos C, Lago P, Papadouri T, Attard-Montalto S, Ilmoja ML, Simons S, Tameliene R, van Overmeire B, Berger A, Dobrzanska A, Schroth M, Bergqvist L, Courtois E, Rousseau J, Carbajal R; EUROPAIN survey working group of the NeoOpioid Consortium. Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries. *Acta Paediatr.* 2017 Aug;106(8):1248-1259. doi: 10.1111/apa.13810.
- Grunberg VA, Geller PA, Bonacquisti A, Patterson CA. NICU infant health severity and family outcomes: a systematic review of assessments and findings in psychosocial research. *J Perinatol.* 2019 Feb;39(2):156-172. doi: 10.1038/s41372-018-0282-9.
- Hartley C, Moultrie F, Gursul D, Hoskin A, Adams E, Rogers R, Slater R. Changing Balance of Spinal Cord Excitability and Nociceptive Brain Activity in Early Human Development. *Curr Biol.* 2016 Aug 8;26(15):1998-2002. doi: 10.1016/j.cub.2016.05.054.
- Maxwell LG, Fraga MV, Malavolta CP. Assessment of Pain in the Newborn: An Update. *Clin Perinatol.* 2019 Dec;46(4):693-707. doi: 10.1016/j.clp.2019.08.005.
- Mokkink LB, Prinsen CA, Bouter LM, Vet HC, Terwee CB. The COSMIN-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther.* 2016 Jan 19;20(2):105-13. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0143.



Congresso 2025 “Unificare i linguaggi assistenziali attraverso la loro standardizzazione”

Si è svolto al Ministero della Salute di viale Giorgio Ribotta, mercoledì 28 maggio, il XIV Congresso internazionale del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI dell'OPI di Roma.

Qui, oltre a diversi relatori italiani, si sono dati appuntamento professori e ricercatori stranieri che, per l'intera Giornata, hanno discusso dell'impegno della professione infermieristica a perseguire un linguaggio comune, utile per condividere la documentazione assistenziale. Perché i linguaggi infermieristici standardizzati (SNLs) permettono una migliore valutazione degli *outcome* e dell'assistenza, visibili negli *Electronic Health Records* (EHRs), anche se la loro implementazione è irta di difficoltà ed è tuttora eterogenea nelle varie arene nazionali ed internazionali.

Ma, in questo momento storico, la presa in carico olistica di una popolazione sempre più anziana e affetta da multipatologie (che vuole essere equa e solidale) ha la necessità di guardare a una più ampia e approfondita gamma di evidenze scientifiche, certificate e condivise. Pertanto, bisogna investire nei sistemi informativi infermieristici, fondamentali per: valorizzarne il ruolo, migliorare l'assistenza e affrontare le sfide future.

L'evento si è sviluppato lungo tre sessioni in plenaria, dopo l'introduzione, affidata al presidente OPI Roma, **Maurizio Zega**, e ai saluti istituzionali di: **Dyanne Affonso**, presidente onorario Centro di Eccellenza-CECRI; **Rosaria Alvaro**, presidente Sisi; **Azzurra Massimi** e **Marco Di Muzio**, Sapienza Università di Roma; **Antonello Cocchieri**, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; **Fabio D'Agostino**, Università Unicamillus di Roma e **Maddalena De Maria**, Università UniLink di Roma.

“Il linguaggio unico per l'infermiere, all'interno del Piano di assistenza, è uno strumento fondamentale per garantire al cittadino il soddisfacimento dei bisogni di salute. Ma è anche qualcosa che presenta, di volta in volta, il livello di competenze avanzate che hanno gli infermieri - ha spiegato Zega -. Pertanto, nell'ambito dell'utilizzo dei dati sanitari, per lo specifico infermieristico, è ineludibile la diffusione uniforme di uno dei linguaggi standardizzati della Professione, come elemento necessario per i dati prodotti dalla pianificazione dell'Assistenza Infermieristica e alla verifica degli *outcome*; al confronto uniforme degli stessi, al fine di potenziare ulteriormente la sicurezza delle cure erogate e dell'efficientamento e dell'appropriatezza rendicontativa del sistema assistenziale. Per sviluppare la professione infermieristica, anche in funzione delle diverse realtà dei vari Paesi, è necessario condividere lo stesso linguaggio professionale standardizzato, costruire dati e



sensibilizzare le istituzioni sui nostri bisogni”.

La prima sessione (“La standardizzazione dei linguaggi assistenziali”), moderata dal presidente e **Alessandro Stievano**, *chief nursing officer* per l'Italia, con la partecipazione di: **Gennaro Rocco**, direttore scientifico del CECRI (“Gli studi promossi dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI, per lo sviluppo della ricerca infermieristica in Italia”); **Heather Herdman**, CEO NANDA *International* (“Il linguaggio delle diagnosi infermieristiche-NANDA *International*”); **Peter Preziosi**, presidente e CEO CGFNS *International* (“La standardizzazione dei linguaggi infermieristici per la mobilità degli infermieri”) e **Fabio D'Agostino**, professore associato Università UniCamillus di Roma (“Sistema informativo infermieristico, caratteristiche e impatto sugli esiti. Opportunità per trasformare l'assistenza sanitaria in Italia e in Europa”) è stata il preludio alla seconda, interamente occupata dalla tavola rotonda che ha riunito Ministero, Federazione nazionale e Ordine capitolino per parlare de “L'utilizzo di linguaggi standardizzati quali effetti produce nell'assistenza ai pazienti”. Moderata da Gennaro Rocco e **Francesco Scerbo**, tesoriere OPI di Roma, assieme al presidente Zega, a sottolineare la necessità di sviluppare la formazione infermieristica, oltre che standardizzare le competenze, sono intervenuti: **Americo Cicchetti**, direttore generale della Programmazione Ministero della Salute; **Antonello Cocchieri**, ricercatore di *Nursing* presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; **Mariella Mainolfi**, direttore generale delle Professioni Sanitarie-Ministero della Salute; **Barbara Mangiacavalli**, presidente Federazione nazionale-FNOPI e **Gianfranco Sanson**, professore associato Università di Trieste. “Rendere visibile il contributo infermieristico nell'azione quotidiana - ha detto la presidente Mangiacavalli - è fondamentale, e per farlo, è imprescindibile parlare tutti lo stesso linguaggio, specie lungo la nostra Penisola. L'infermiere, sul concetto di responsabilità proattiva, deve rispondere con un'assistenza il più professionale possibile, utilizzando le migliori evidenze scientifiche a sua disposizione”. E, per farlo, deve essere sempre più formato: “Solo così la diagnosi infermieristica, capace di prevedere gli esiti dei pazienti e quelli organizzativi, diventerà una ‘mappa’ su cui confrontarsi anche con gli altri membri dell'equipe sanitaria; sarà davvero il risultato di ragionamenti e saperi condivisi”, ha spiegato Cocchieri.

Dunque, la ricerca di un linguaggio standardizzato smette di essere un “aggravio” di lavoro da un punto di vista burocratico, per andare incontro alla volontà di offrire un'assistenza di qualità, con al centro il paziente. Perché, come sottolineato sia da Mainolfi che da Cicchetti: “Il riconoscimento dell'agire professionale

di ciascun protagonista di tale processo, originato dai dati a disposizione del Ministero, consente, oltretutto, di assegnare e dividere bene le risorse, al fine di valorizzare anche economicamente gli infermieri”.

Accordo pieno, perciò, sul definire il metodo diagnostico un'attività intellettuale dell'infermiere che dovrà generare, in futuro, sempre più standard di ricerca, trovando il modo per diffondere i dati acquisiti, così da aiutare anche gli amministratori nell'approcciarvisi. Un esempio? L'inserimento del Piano Assistenziale Individualizzato-PAI, al Policlinico Gemelli, che, per esperienza diretta del presidente Zega, ha riscosso un grande successo, sia sotto il profilo manageriale che dei costi ospedalieri: “...Benchè l'età degli infermieri partecipanti non fosse così bassa!”, come ha tenuto a precisare.

Terza e ultima sessione, al pomeriggio, con “I progetti di ricerca del Centro di Eccellenza: un contributo per il futuro dell'assistenza”, moderata da **Nataschia Mazzitelli** segretaria dell'OPI di Roma e **Alessandro Sili**, direttore Professioni Sanitarie e Sociali-Policlinico Tor Vergata, con gli interventi di: **Michael Shannon**, professore e direttore esecutivo del WHO *Collaborating Centre of Nursing and Midwifery del Royal College of Surgeons-Irlanda* (con “I Centri di Eccellenza e la promozione della leadership come strumento strategico”); **Jacopo Fiorini**, ricercatore Policlinico Tor Vergata Roma (con “L'attitudine alla sicurezza, la cultura dell'errore e gli errori nel contesto lavorativo infermieristico: uno studio correlazionale trasversale multicentrico”); **Valentina Zeffiro**, ricercatrice Università Tor Vergata Roma (con “Diagnosi infermieristiche come misura del benessere nei pazienti cronici”); **Noemi Giannetta**, professore associato Università UniCamillus di Roma (con “Prevenzione degli errori nella somministrazione dei farmaci tra gli infermieri in terapia intensiva: un'analisi secondaria”); **Caterina Galletti**, professore associato Università Unilink Roma (con “Ridefinire l'infermieristica dalla narrazione dei docenti alla concettualizzazione: il professionista infermiere nell'era post pandemica. Il progetto RINATI”); **Michela Piredda**, professore associato Università Campus Bio-Medico di Roma (con “Competenze degli infermieri nelle cure spirituali: uno studio multicentrico”); **Aurora De Leo**, ricercatrice IRCCS IFO Roma (con “Il *Telenursing* nei *Supportive Care Needs* dei pazienti con neoplasia polmonare e melanoma candidati alla prima prescrizione di *targeted therapies*: un trial clinico randomizzato”) e **Blerina Duka**, presidente Ordine Infermieri e Professioni Sanitarie Albania-UISSH (con “L'adozione di linguaggi standardizzati in un Paese emergente: l'Albania”).



Siglato accordo tra OPI e NANDA *International*

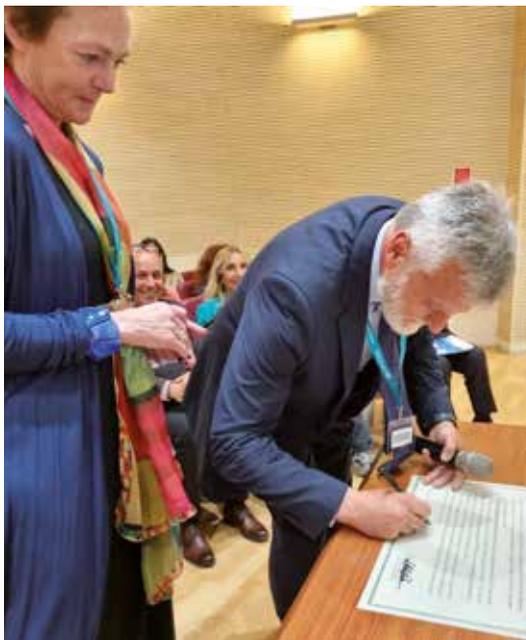
In occasione dell'evento del 28 maggio al Ministero, è stato anche siglato un accordo tra NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association*, Associazione per la Diagnosi Infermieristica, che se ne occupa negli Stati Uniti e in Canada) e l'OPI di Roma, firmato dal presidente **Maurizio Zega** e dalla professoressa **Heather Herdman**, CEO NANDA *International*, per il quale NANDA fornirà un database elettronico gratuito all'Ordine capitolino per un periodo di 12 anni (ovvero, di quattro edizioni), che includerà l'intero set di diagnosi infermieristiche NANDA-I approvate (con i relativi indicatori diagnostici in inglese, italiano e francese), fornite come file di database SQL. Al contempo, l'OPI di Roma stipulerà accordi con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) per concedere una licenza gratuita all'utilizzo del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), mentre queste si impegneranno a trasmettere i dati derivanti dal PAI

in forma anonima, per scopi interni di studio. Dati che saranno passati anche a NANDA *International*, sempre a fini di ricerca.

NANDA-I è attiva dal 2002 nella ricerca, lo sviluppo e perfezionamento di un linguaggio infermieristico standardizzato. Facilita lo sviluppo, il perfezionamento, la diffusione e l'uso di una terminologia diagnostica infermieristica standardizzata, fornendo diagnosi infermieristiche basate sulle prove più avanzate al mondo, da utilizzare nella pratica e per determinare interventi e risultati; contribuisce alla sicurezza del paziente attraverso l'integrazione della terminologia basata sull'evidenza nella pratica clinica e nel processo decisionale clinico, impegnandosi a sviluppare, perfezionare e promuovere una terminologia che rifletta accuratamente il giudizio clinico degli infermieri. Ciò, anche perché l'uso di una terminologia infermieristica standardizzata garantisce la sicurezza del paziente.

Le diagnosi infermieristiche, infatti, comunicano i giudizi professionali che gli infermieri esprimono ogni giorno: sono le nostre parole, definendo ciò che siamo. Per questo, l'implementazione della diagnosi infermieristica migliora ogni aspetto della pratica, dal conseguimento del rispetto professionale alla garanzia di una documentazione coerente che rappresenti il giudizio clinico degli infermieri.

Nell'ultimo decennio, la necessità di un linguaggio comune infermieristico è diventata un'esigenza davvero imprescindibile. Anche perché l'uso di una terminologia infermieristica standardizzata garantisce la sicurezza del paziente.





Fabio D'Agostino segretario e tesoriere del NANDA-I

È il collega **Fabio D'Agostino**, professore associato di MEDS-24/C Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche presso la UniCamillus di Roma, il nuovo segretario e tesoriere della *North American Nursing Diagnosis Association International*, NANDA-I.

Il Consiglio direttivo dell'associazione professionale fondata nel 1982 (con il solo nome di NANDA, poi mutato in NANDA-I nel 2002), che si occupa di ricercare, sviluppare, perfezionare la tassonomia delle diagnosi infermieristiche, ha dato la notizia qualche settimana fa sul sito ufficiale (<https://nanda.org/2025/06/welcome-to-our-new-nanda-i-board-members/>): "Siamo lieti di dare il benvenuto a tre illustri colleghi nel Consiglio di amministrazione della NANDA-I, l'organo direttivo che supervisiona l'orientamento strategico e le politiche amministrative della nostra Associazione - si legge -... Il dottor Fabio

D'Agostino, la cui ricerca e *leadership* nella terminologia infermieristica standardizzata hanno apportato contributi significativi al nostro settore, ricoprirà un ruolo chiave al nostro interno...".

Con lui, eletti anche il brasiliano **Marcos Venicius Lopes** e la spagnola **Miriam Rodríguez Monforte**.

I membri del Consiglio di Amministrazione di NANDA-I contribuiranno a rafforzarne il lavoro, collaborando per attuarne il piano strategico e promuovendo lo sviluppo di una terminologia diagnostica infermieristica standardizzata; fornendo aggiornamenti regolari ai soci e garantendo la corretta gestione delle risorse.

Inizialmente, con un *board* più orientato verso il nord e centro America, oggi NANDA-I, accogliendo infermieri provenienti da oltre 32 Paesi e altre associazioni internazionali correlate (quali: ACENDIO, per l'Europa; AENTDE, per i Paesi di lingua spagnola; AFEDI, per i Paesi francofoni e JSND, per il Giappone), ha deciso di inserire professionisti da altre parti del mondo nel cuore dell'Associazione.

"NANDA-I è ampiamente utilizzata in tutto il mondo per la stesura dei piani di assistenza infermieristica e per la documentazione clinica - spiega il neo eletto D'Agostino -. Ha creato un *network* che favorisce la collaborazione e sviluppa una classificazione per organizzare le diagnosi infermieristiche in categorie che riflettono i diversi aspetti della salute e del benessere del paziente e, assieme, favorisce una comunicazione chiara tra gli operatori sanitari. È, infatti, legittimo credere che, fra i suoi obiettivi futuri, ci sia la creazione di un linguaggio infermieristico standard, che identifichi i fenomeni di interesse delle Scienze Infermieristiche, e che sia universalmente valido".

L'OPI di Roma si complimenta per il nuovo incarico con il professor D'Agostino, formulando gli auguri di un proficuo lavoro in NANDA-I.





L'ICN elegge il nuovo presidente È lo spagnolo José Luis Cobos Serrano



Alla cerimonia di chiusura del Congresso dell'*International Council of Nurses* (ICN), che si è svolto dal 9 al 13 giugno, a Helsinki, è stata annunciata l'elezione dell'infermiere spagnolo **José Luis Cobos Serrano** come suo 30esimo presidente, a seguito delle votazioni del Consiglio dei Rappresentanti delle Associazioni Infermieristiche Nazionali, avvenuta in una riunione poco prima dell'inizio dell'evento.

In Finlandia, il neoeletto Cobos Serrano ha subito fatto sapere che, durante il suo mandato, cercherà di rafforzare l'ICN come attore globale del settore sanitario, assieme alle Associazioni Infermieristiche Nazionali

aderenti all'Organizzazione, dando maggior potere a ogni infermiere, da ogni parte del mondo. Non a caso, la parola d'ordine presidenziale scelta è *"empowerment"*. Perché: "Pur essendo più di 30 milioni in tutto il mondo - ha detto - nonché il più grande gruppo di professionisti sanitari, spesso il nostro contributo alla comunità non viene riconosciuto. Immaginate cosa possono realizzare 30 milioni di infermieri se cominciano a lavorare assieme... Sono qui per ascoltare ogni voce - ha continuato -. Invito, perciò, tutti i colleghi infermieri a farsi avanti perché questo è il nostro momento: cogliamolo e guidiamo il futuro!".

Garantendo di continuare il lavoro della presidente uscente, **Pamela Cipriano**, Cobos Serrano ha lasciato il palco proprio a lei, per il saluto di commiato.

L'atto finale del Congresso ICN è stato il passaggio di testimone alla *Taiwan Nurses Association*, che ospiterà il 31esimo Congresso dell'ICN, a Taipei, dall'8 all'11 luglio 2027.

Il Consiglio di amministrazione dell'ICN è composto da presidente, da tre vicepresidenti e da otto membri, eletti in base alle aree di voto dell'ICN, per rappresentare gli infermieri e l'assistenza infermieristica nel mondo.

Questo, il nuovo Consiglio di amministrazione: José Luis Cobos Serrano, presidente; per l'Africa, **Perpetual Ofori-Ampofo**; per il Mediterraneo orientale, **Myrna Abi Abdallah Doumit**; per l'Europa settentrionale e orientale, **Sineva Maria Ribeiro**; per l'Europa occidentale e centrale, **Emily McWhirter**; per l'Europa meridionale, **Ricardo Correia de Matos**; per l'America settentrionale e Caraibi, **Sylvain Brousseau**; per l'America centrale e meridionale, **Nora E. Barahona De Peñate**; per l'Asia sud-orientale, **T. Dileep Kumar**; per l'Asia, **Megumi Yamaura-Teshima** e **Ching Min Chen**; per il Pacifico e l'Asia orientale, **Debra Thoms**.

In Breve

JBÌ, foto e complimenti per i ricercatori romani

All'appuntamento ICN di Helsinki, la delegazione italiana, capitanata dal direttore scientifico del Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma, **Gennaro Rocco** (assieme ai ricercatori: **Gabriele Caggianelli**, **Maddalena De Maria**, **Ippolito Notarnicola** e **Alessandro Stievano**) ha incontrato, tra gli altri, il professor **Craig Lockwood**, direttore della Scienza dell'Implementazione del Joanna Briggs Institute, di cui il CECRI è partner.

A suggello del momento, diversi scatti, che il JBÌ ha condiviso sui suoi canali social, con questa frase: "*Siamo entusiasti di condividere alcuni meravigliosi momenti del #ICNCongress2025, catturati dal nostro partner JBÌ Collaboration di Roma, il JBÌ Italia Evidence-Based Practice and Health Research Center*", alimentando la visibilità mondiale del CECRI e, assieme, dell'Ordine capitolino e di tutta la professione infermieristica italiana.



Giornata internazionale dell'Infermiere In piazza a Roma e al Villaggio Race

Lunedì 12 maggio 2025, Giornata internazionale dell'Infermiere nell'alveo dell': "Innovazione, sfide e soluzioni", stando "Ovunque, per la cura di tutti". Con questi slogan, scelti per l'occasione, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma ha incontrato istituzioni, cittadini e semplici curiosi in piazza San Lorenzo in Lucina, dalle ore 9 alle 18, con una struttura mobile.

Qui, infatti, infermieri, docenti e studenti dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche, sono stati in dialogo con quanti hanno visitato gli *stand* per far conoscere la professione, con lezioni gratuite di educazione alla salute e alcuni servizi erogati direttamente (misurazione dei parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione) e per fornire dettagli a quanti si avvicinavano all'Infermieristica per la prima volta.

Presente anche ARES 118 (che ha illustrato manovre di rianimazione effettuate da infermieri specializzati) e una postazione mobile, con automezzo sanitario, del Policlinico Militare di Roma-Celio, oltre a una rappresentanza della Direzione centrale di Sanità della Polizia di Stato.

Questo, mentre, come di consueto, ogni realtà sanitaria romana, ASL e Aziende Ospedaliere, ha voluto organizzare dei punti di incontro fra infermieri e cittadinanza, allo scopo di incentivare un dialogo proattivo che si ispiri alla massima deontologica dell'Infermieristica che: "il tempo di relazione e tempo di cura".

"Al Congresso nazionale di Rimini del marzo scorso si sono contati oltre cinquemila infermieri - ha spiegato il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega** - Professionisti della salute che sanno bene quanto proprio quella salute abbia bisogno di noi. Così, specie dopo l'esperienza della pandemia, lentamente ma sicura, anche la legislazione va finalmente nella direzione giusta, nell'interesse di tutta la cittadinanza. Acquisire maggiore consapevolezza del fatto che gli infermieri avranno sempre di più un ruolo centrale nella tutela della salute è l'augurio che rivolgo a tutti i colleghi in occasione di questa Giornata".

Inoltre, sabato 10 maggio, a sostegno anche quest'anno della "Race for the cure" (la più grande manifestazione in Italia e nel mondo per la lotta ai tumori del seno), l'OPI di Roma è stato presente, in mattinata, al Circo Massimo, con un incontro di approfondimento al villaggio Race dal titolo: "Il ruolo dell'Infermieristica nella sfida al tumore al seno in un sistema sanitario in evoluzione. Innovazione, sfide e

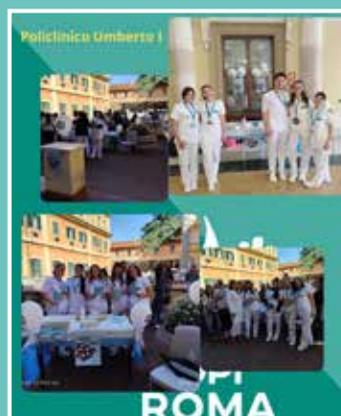
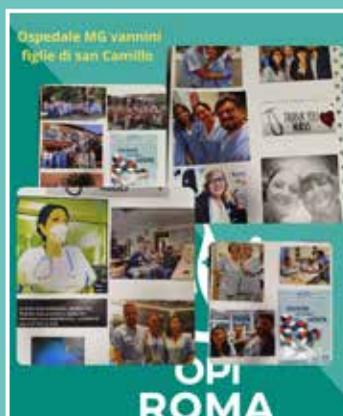
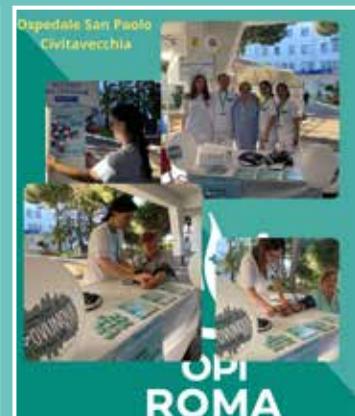


soluzioni”, a cui hanno preso parte **Francesco Scerbo** (tesoriere dell’Ordine) e **Daniela Terribile** (presidente “Susan G.Komen”-Italia), con la relazione introduttiva di **Antonella Ferracci**: “L’Infermieristica e la lotta contro il tumore al seno nella sanità che cambia”. A seguire, moderate da **Alberto Herminin**, sono intervenute: **Luciana Serra** (con: “Il Breast

Care Nurse per un PDTA efficace ed efficiente”) e **Katia Lo Peduso** con: “Il ruolo dell’infermiere nella sanità che cambia: l’Infermiere di Comunità. L’importanza dell’infermiere e del team multidisciplinare: l’esperienza della paziente”. Domenica 11 maggio, poi, ben 52 colleghi sono stati presenti ai nastri di partenza della Maratona Race.



12 MAGGIO 2024 Giornata Internazionale dell'Infermiere



Successo per la seconda Conferenza internazionale di *Management* e *Leadership*

Il 16 aprile 2025, l'Auditorium "Biagio d'Alba" del Ministero della Salute ha ospitato la seconda Conferenza di *Management* e *Leadership* nei contesti di cura, dal titolo: "Sostenere e Promuovere il Sistema Salute alla luce del nuovo assetto normativo professionale", allo scopo di esplorare le sfide e le opportunità per il consolidamento e il rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alla luce del nuovo assetto normativo professionale.

In virtù dei risultati emersi dalla ricerca sulla *leadership* nei contesti di cura presentati lo scorso anno, la Conferenza si è proposta, dunque, di sostenere lo sviluppo di quella infermieristica come "leva strategica" a garanzia della sostenibilità del Sistema e per migliorare il benessere organizzativo degli infermieri, ottimizzando gli esiti assistenziali.

L'evento ha goduto del patrocinio di: Ministero della Salute; Regione Lazio, FNOPI, CECRI e ESNO (*European Specialist Nurses Organisation*), presente con il presidente, **Adriano Friganovic**, per la prima volta in Italia.

"Il *management*, inteso come la capacità dell'infermiere nel suo esercizio, è una dimensione ancora da approfondire - ha esordito il presidente **Zega** -. Attraverso il CECRI, l'OPI di Roma sta cercando di dare una spinta vera alla ricerca di settore, per interrogarsi su cosa e come farlo. Questa giornata è stata pensata per accompagnare i presenti nell'analisi dell'attuale dimensione epidemiologica e nella comprensione delle risposte appropriate da dare, tenendo sempre ben presente la sostenibilità economica delle soluzioni individuate".

Partendo da una riflessione profonda sulle sfide anche organizzative, l'evento si è focalizzato sulle trasformazioni necessarie che il management sanitario è chiamato a mettere in campo per garantire la sostenibilità

del SSN e la qualità delle cure.

Da qui, perciò, la volontà di agire proattivamente sulla programmazione e gestione delle risorse umane, utili a rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione, alle prospettive future della professionalità infermieristica e al ruolo dell'infermiere specialista nel panorama italiano ed europeo.

Nel videomessaggio di saluto, il Ministro della Salute, **Schillaci**, infatti, ha tenuto a precisare che: "Gli infermieri sono uno dei pilastri portanti del Sistema salute italiano: il loro contributo è essenziale nella gestione dell'assistenza quotidiana ai cittadini. È scopo di questo Governo, infatti, rafforzarne la presenza, oltre l'ospedale, visto che è sulla territorialità che si gioca la sfida del futuro". E per quanto concerne le Lauree magistrali in Scienze Infermieristiche a indirizzo clinico, Schillaci non ha dubbi: "Si è trattata di una scelta strategica, vista l'esigenza di un'assistenza sempre più avanzata e multidisciplinare. Queste accompagneranno la crescita professionale degli infermieri, potenziando, al contempo, l'efficacia dello stesso SSN". Per il Ministero, sono intervenuti: il Capo di Gabinetto, **Marco Mattei**, e il Capo Dipartimento, **Francesco Saverio Mennini**.

Dunque, serve una *leadership* forte che guidi la Professione verso modelli assistenziali e organizzativi qualitativamente elevati, che mettono al centro gli esiti delle cure, come ha spiegato la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, che ha prospettato un coinvolgimento sempre maggiore, da parte della Federazione nazionale, a questo tipo di eventi. "Bisogna chiedersi quali siano gli elementi che fanno dire al *management* strategico che gli infermieri sono necessari per presidiare un processo che farà la differenza per l'assistito. Bisogna chiedersi quale differenza può fare un infermiere, pur lavorando in *team*; qual è il valore aggiunto che può dare all'interno di contesti sanitari e sociosanitari sempre più complessi come quelli attuali. Dobbiamo andare oltre la dimensione della mera prestazione: ora, si tratta dell'inquadramento di un bisogno di cura che necessita di una risposta complessa, agendo in un Sistema complesso, che lo sarà ancora di più".

Favorendo una riflessione collettiva su sfide e opportunità per il *management* sanitario, attraverso il dialogo tra esperti e *stakeholder* di settore e sessioni scientifiche, la Conferenza ha delineato strategie operative per consolidare modelli organizzativi innovativi, rilanciare il Sistema sanitario e analizzare le trasformazioni del SSN, con un focus sulle *skill mix* e sulle specializzazioni cliniche. Questo, approfondendo il ruolo del *leader* infermieristico come elemento-chiave nella programmazione del fabbisogno di risorse umane e

nell'adozione di nuovi modelli organizzativi, anche nel contesto europeo, il ruolo dell'infermiere specialista. Decisive le relazioni di apertura su: "Il quadro epidemiologico italiano: sfide ed opportunità per il SSN" (**Paola Michelozzi**); "La sostenibilità del SSN: il fabbisogno dei professionisti sanitari" (**Mariella Mainolfi**) e "Il Sistema Salute italiano nel contesto europeo" (**Claudio Costa**).

Si è, quindi, passati ad analizzare alcuni aspetti peculiari: "La gestione strategica delle risorse umane in sanità- *Task shifting*: criticità o risorsa", con **Mario Del Vecchio**; "Livelli di cura, *performance* e fabbisogno" con **Lorena Martini**; "Specializzazioni cliniche infermieristiche nei contesti di cura", con **Beatrice Mazzoleni** e "Le aspettative contrattuali" con **Antonio Cascio**.

Spunti di riflessione approfonditi nel pomeriggio, prima dalla relazione "Ripensare i modelli organiz-

zativi dell'assistenza: la nuova sfida del management", a cura di **Alessandro Sili**, poi dalla tavola rotonda ("Sfide ed opportunità per le organizzazioni sanitarie di oggi e del domani", moderata dal responsabile Comunicazione FNOPI, **Silvestro Giannantonio**) a cui hanno partecipato: **Fabrizio d'Alba** (presidente Federsanità); **Bruno Cavaliere** (presidente SIDMI Italia); **Marika Colombi** (Direttrice Assistenziale AUSL di Ferrara); **Maria Grazia De Marinis** (SIS); Beatrice Mazzoleni (segretaria FNOPI) e **Carlo Turci** (vice presidente OPI Roma). "Diversi anni fa, la nascita del CECRI fu, soprattutto, un impegno culturale: era necessario 'prendere in mano' quel momento storico e il CECRI rappresentò una grande occasione per tutti gli infermieri - ha sottolineato quest'ultimo -. Oggi, dobbiamo governare il cambiamento con la formazione e cercare di tenerci stretti i professionisti, quei colleghi che decidono di andare via!".

Cavaliere ha tenuto a evidenziare gli sforzi che già ora stanno compiendo tutti i colleghi che decidono di investire su se stessi, puntando sull'attuale Magistrale, mentre la direttrice Colombi ha ben evidenziato i percorsi di carriera individuati in una regione *leader* come l'Emilia-Romagna, dove la Direzione Assistenziale è realtà dal 2023. Sguardo che si è andato via via allargando, grazie all'osservatorio privilegiato di Federsanità su tutto il Paese, dove permangono disparità su base territoriale. "Il cambiamento è una sfida obbligata, perché il SSN così com'è non è più sostenibile - ha chiosato il presidente D'Alba -. Anche la diversità va vista come un'opportunità, perché le trasformazioni in questa Sanità hanno lo scopo di migliorare i servizi e, per la classe professionale tutta, equivalgono a migliori condizioni di lavoro". Ma, come ha spiegato la professoressa De Marinis: "La *leadership* infermieristica prima di guidarlo, deve immaginarlo, questo agognato cambiamento. Bisogna guardarne oltre, ideare il futuro... essere visionari". E, soprattutto, fare rete, condividere. "Se amiamo la professione, dobbiamo metterci passione e, assieme, augurarci di valicare il bene individuale a favore della collettività", ha concluso Zega.



“Centocelle in Salute” informazione e prevenzione



Grande partecipazione, il 14 giugno, all’iniziativa “Centocelle in Salute”, una giornata dedicata alla prevenzione gratuita per il benessere della comunità. L’OPI di Roma è stato tra i protagonisti dell’evento, promosso dal Municipio V, in collaborazione con la ASL Roma 2, ARES 118 e numerose realtà sanitarie e associative del territorio.

Per tutta la mattinata, i professionisti infermieri dell’Ordine capitolino sono stati a disposizione dei cittadini presso uno stand informativo dedicato, offrendo servizi di *screening* di base (come la misurazione della pressione sanguigna) e fornendo preziose informazioni sulla prevenzione, sui corretti stili di vita e sull’accesso ai servizi sanitari.

La presenza di OPI Roma a “Centocelle in Salute” riafferma l’impegno dell’Ordine e di tutti i suoi iscritti a essere un punto di riferimento attivo e presente per la salute dei cittadini romani, rappresentando un pilastro fondamentale dell’assistenza di prossimità: un tema



centrale nelle politiche sanitarie attuali.

Le immagini della giornata mostrano il forte legame tra gli operatori e la comunità, con i cittadini che hanno affollato lo spazio allestito, riconoscibile dai palloncini e dal materiale informativo con il logo dell’Ordine. “Essere qui oggi, nel cuore di Centocelle, a contatto diretto con le persone, incarna la vera essenza della nostra professione”, il messaggio di OPI Roma.

“L’infermiere non è solo colui che cura in ospedale, ma è soprattutto un educatore e un promotore di salute all’interno della collettività. Iniziative come questa, realizzate grazie a una proficua sinergia con le istituzioni locali, sono fondamentali per costruire un sistema sanitario più vicino, accessibile e incentrato sulla prevenzione”.

All’evento sono intervenuti anche il presidente e l’assessore allo Sport del Municipio V (rispettivamente: **Mauro Caliste** e **Marco Ricci**), che hanno ringraziato tutti i partner per il loro prezioso contributo.

In Breve

Sicurezza degli operatori, riunione congiunta degli Ordini sanitari

Il 5 giugno, si è svolta una riunione congiunta dei Consigli Direttivi degli Ordini dei medici, degli infermieri e dei farmacisti di Roma, con all’ordine del giorno il problema della sicurezza degli operatori sanitari.

Al Nobile Collegio Chimico-Farmaceutico di Roma, erano presenti anche il questore di Roma, **Roberto Massucci**, il tenente colonnello dei Carabinieri, **Alberto Pinto** e l’assessore regionale **Luisa Regimenti**.

Unanime il riconoscimento all’impegno delle Forze dell’Ordine, che hanno illustrato tutte le iniziative in corso d’opera, assicurando collaborazione strutturale con gli Ordini professionali. I Consigli concordano anche sulla necessità di potenziare la medicina territoriale, per evitare “colli di bottiglia” negli ospedali, che, tra i suoi effetti, ha l’aumento dei casi di aggressione.

“Le aggressioni al personale sanitario sono una drammatica emergenza per i professionisti della salute, ma anche un danno alla cittadinanza tutta e alla tenuta del Servizio Sanitario Nazionale - ha spiegato il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega** -. Infatti, l’insicurezza e lo stress conseguenti si riverberano negativamente sulle prestazioni erogate. Per gli infermieri, il continuo ricorrere di episodi di violenza alimenta il fenomeno dell’abbandono della professione e la scarsa propensione a sceglierla da parte dei giovani. Retribuzioni inadeguate e inquadramento giuridico insoddisfacente e con scarse opportunità di carriera sono già un problema, ma le violenze sicuramente aggravano il fenomeno. A ben guardare, il problema non è tanto quello di misure legislative *ad hoc*, ma molto più quello di un’efficace azione amministrativa che le renda operative, e soprattutto che ne prevenga gli episodi: per questo siamo lieti di avere con noi, oggi, i rappresentanti delle Forze dell’Ordine”.



dalla FNOPI

Presentato il primo Rapporto sulle Professioni Infermieristiche

Il 12 maggio, è stato presentato il primo Rapporto sulle Professioni Infermieristiche, realizzato dalla Federazione Nazionale-FNOPI, in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

A Palazzo Rospigliosi, autorevoli relatori hanno discusso sulla necessità di raccogliere e certificare le principali evidenze disponibili sugli infermieri in Italia, confrontandole con l'Europa e analizzando le situazioni regione per regione. "Per la Federazione - ha detto la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** - questo documento è solo il primo, importante, passo per presentare i dati riguardanti gli infermieri e la Professione che dovranno essere letti dalla politica. Vorremmo, infatti, che il nostro Rapporto sia presente sulle scrivanie dei decisori, di anno in anno, allo scopo di trasmettere informazioni utili a assumere quelle decisioni che, nel nostro caso, non possono essere esclusiva di un unico Ministero".

Il Report si compone di quattro sezioni e esplora tutte



le dimensioni della Professione: dimensioni illustrate, per l'occasione, dai professori e ricercatori della Sant'Anna: **Milena Vainieri**, **Sabina Nuti** (già rettrice) e **Lorenzo Taddeucci**. "La complessità della questione infermieristica - ha continuato Mangiacavalli - richiede l'istituzione di una cabina di regia con poteri straordinari, capace di coinvolgere più strutture di vertice e toccare diversi ambiti di intervento, perchè l'Infermieristica non appartiene a una categoria professionale, ma all'Italia intera".

Scorrendo le pagine, emerge un *identikit* della Professione in cui il **rapporto tra infermieri e abitanti** è più basso in Sicilia e Lombardia.

A livello stipendiale, i professionisti meglio pagati sono in Trentino Alto-Adige ed Emilia-Romagna, quelli meno si registrano in Campania e Molise.

Gli infermieri maggiormente soddisfatti sono tra quelli che lavorano nell'assistenza domiciliare e sul territorio, rispetto a quanti operano in ospedale, specie quando non coinvolti a sufficienza nei processi gestionali.

In tanti, però, continuano a scegliere il **settore pubblico**, con un picco di interesse dell'84,9% nel 2018 (nel 2023, il 78,9% dei laureati lo preferisce). Molto positivi i riscontri acquisiti sulla **soddisfazione dei pazienti** per fattori come "coinvolgimento nelle decisioni" (78 su 100), "chiarezza e utilità delle informazioni ricevute" (91 su 100), "rispetto e dignità" (94 su 100) e "supporto emotivo" (95 su 100).

Rispetto all'adozione del **DM 77** a livello regionale, c'è molta frammentazione e le definizioni a seconda dei territori. Solo Lazio, Lombardia, Sardegna e Toscana utilizzano la definizione "Infermiere di Famiglia e Comunità" (**IFeC**), suggerendo un modello integrato che abbraccia entrambi gli ambiti. Tutte le altre regioni scelgono "Infermiere di Famiglia o Comunità" (**IFoC**), che potrebbe indicare una maggiore flessibilità nelle funzioni e nelle modalità operative.

La formazione si conferma il punto di forza e di svolta per lo sviluppo della Professione: significativo il dato sulla progressiva diminuzione dell'età media alla Laurea triennale, che si attesta su un'età media di 25,2 anni; mentre, sulla provenienza degli studenti si nota un'evoluzione interessante: negli anni più recenti, si è verificato un aumento significativo della percentuale di iscritti ad Infermieristica provenienti dai licei. Altrettanto significativo il dato del 2023, con il 92,3% dei laureati magistrali che ha trovato lavoro in un ambito coerente agli studi.

Rapporto completo all'indirizzo, <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-FNOPI-S-ANNA-ok.pdf>



dalla FNOPI

Maria Grazia De Marinis nominata al Consiglio Superiore di Sanità



Toccherà alla professoressa **Maria Grazia De Marinis**, presidente del Corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Campus Bio-Medico (UCBM) di Roma, esperta in cure palliative e responsabile del Centro "Insieme nella cura" della Fondazione Policlinico, portare, insieme alla FNOPI, la visione della professione infermieristica presso il Consiglio Superiore di Sanità.

La sua recente nomina tra i nuovi membri dell'organo tecnico-consulativo del Ministero della Salute, infatti, la porterà a confrontarsi con diversi

professionisti della Sanità, della Medicina e del mondo accademico italiano. Il suo incarico avrà una durata di tre anni, durante i quali sarà chiamata a fornire pareri, collaborando direttamente con il ministro della Salute. La sua lunga e comprovata esperienza clinica e di docente, maturata all'interno del UCBM (un contesto che unisce rigore scientifico, sensibilità etica e attenzione alla dimensione relazionale), la aiuterà a far comprendere la necessità di sviluppare una visione della sanità centrata sulla persona. E, attraverso di lei, l'intera professione infermieristica potrà offrire un contributo significativo alla comprensione delle esigenze non solo dei pazienti, ma anche delle loro famiglie, contribuendo a mantenere la sanità orientata alla cura, alla relazione e alla responsabilità condivisa tra professionisti, cittadini e istituzioni.

Oggi, in un Paese come l'Italia, sempre più segnato dall'aumento del numero di anziani e dai bisogni complessi, le cure palliative rappresentano una parte quanto mai rilevante dell'assistenza e della sanità in generale. Un settore in cui si sono fatti già importanti passi avanti, ma che necessita di maggiore riconoscimento e sviluppo: è l'ambito, però, in cui la professoressa De Marinis saprà sicuramente fare la differenza all'interno del CSS. Questo, perché è una prospettiva che nasce dall'esperienza diretta accanto ai malati, dalla vicinanza alle persone, ma che si estende anche alla promozione della salute e alla prevenzione.

In Breve

Sul tavolo del nuovo Consiglio il dossier Lauree specialistiche

Sul tavolo del nuovo Consiglio Superiore di Sanità, dell'8 luglio, subito un provvedimento particolarmente importante per le professioni infermieristiche.

Sui decreti relativi al futuro della formazione infermieristica manca, infatti, un ultimo passaggio, come annunciato da Ministero della Salute e MUR al Congresso FNOPI di marzo. Il CSS dovrà fornire un parere rispetto al percorso che vedrà la nascita dei tre nuovi indirizzi di Laurea magistrale specialistica ("Cure Primarie e Sanità pubblica", "Cure Pediatriche e Neonatali" e "Cure Intensive e nell'Emergenza"). Un compito che presumibilmente sarà affidato alla sezione "Formazione" del nuovo Consiglio.

Risale a ottobre 2024 l'annuncio del ministro **Orazio Schillaci** sull'avvio di un percorso formativo specializzato che, in prospettiva, dovrebbe aprire agli infermieri le porte della prescrizione di alcuni trattamenti assistenziali e specifici ausili. L'obiettivo, però, è anche quello di offrire più opportunità formative e sbocchi di carriera agli infermieri in possesso della Laurea magistrale. "Stiamo lavorando a un progetto complessivo che guarda al futuro della sanità italiana e al ruolo cruciale che gli infermieri ricoprono oggi e che svolgeranno nell'assistenza sul territorio - aveva dichiarato Schillaci al Consiglio nazionale FNOPI - . La vostra professionalità e il vostro contributo sono insostituibili per garantire qualità alla sanità pubblica. Grazie a voi, il SSN potrà affrontare con maggiore forza e preparazione le sfide future, rispondendo in modo efficace alle esigenze dei cittadini".



dalla FNOPI

Papa Bergoglio e gli infermieri



I rapporto speciale tra **Jorge Mario Bergoglio** e gli infermieri affonda le radici in numerosi episodi che, divenuto Pontefice, lo stesso Francesco ha più volte raccontato, in udienze private e discorsi pubblici. Il primo "incontro ufficiale" tra il Papa "venuto dalla fine del mondo" e l'Ordine degli Infermieri risale al marzo del 2018, alla vigilia del primo Congresso nazionale della nuova Federazione nazionale, svolto a Roma. Nell'Aula Paolo VI, insieme a 6.500 colleghi da tutt'Italia, al Santo Padre fu offerto, come dono simbolico, una prima edizione del '700 della vita di San Camillo De Lellis.

Poi, l'8 giugno 2022, in piazza San Pietro, una delegazione di infermieri partecipò all'Udienza generale. L'Ordine di Roma avrà poi il privilegio di incontrarlo nuovamente il 15 maggio 2024, quando già le condi-



zioni di salute costringevano Francesco in carrozzina. Tanti i colleghi del Gemelli che, durante i ripetuti ricoveri, hanno stretto un rapporto speciale con lui e il suo *entourage*. Sin dal 2013, del resto, il Pontefice aveva esaltato la professione, come ad esempio durante un'omelia della messa mattutina a Santa Marta. Papa Francesco, il 22 ottobre di quell'anno, aveva accostato il concetto di Dio fatto uomo per il bene dell'umanità alla figura dell'infermiere. Queste le parole esatte del Pontefice, riportate dalla Radio Vaticana: "A me, l'immagine che viene in mente è quella dell'infermiere, dell'infermiera in ospedale: guarisce le ferite ad una ad una, ma con le sue mani. Dio si coinvolge, si immischia nelle nostre miserie, si avvicina alle nostre piaghe e le guarisce con le sue mani, e per avere mani si è fatto uomo. È un lavoro di Gesù, personale. Un uomo ha fatto il peccato, un uomo viene a guarirlo. Vicinanza. Dio non ci salva soltanto per un decreto, una legge; ci salva con tenerezza, ci salva con carezze, ci salva con la sua vita, per noi".

Decisivo, poi, il ruolo del Pontefice negli anni 2020 e 2021, durante la gestione della pandemia da Covid.

In quei frangenti, tanti sono stati i messaggi di speranza e di incoraggiamento nei confronti del personale sanitario, e molto decisa è stata anche la posizione del Vaticano, sotto Francesco, rispetto alla campagna vaccinale. L'ultimo confronto con le professioni sanitarie tutte è avvenuto appena poche settimane fa, il 6 aprile 2025, in occasione del Giubileo degli Ammalati e del mondo della Sanità, quando il Papa, dopo aver scritto un'accorata omelia sul valore di medici e infermieri, ci aveva tenuto ad apparire in pubblico, seppure in precarie condizioni di salute, affiancato dal suo infermiere personale.

Qualche giorno prima, durante il Congresso nazionale della FNOPI a Rimini, tutti i professionisti sanitari presenti avevano rivolto un pensiero e una preghiera al Pontefice, mandando in onda stralci del suo discorso all'udienza del 2018, che, di fatto, aprì il Congresso di quell'anno.

Nel giorno della sua scomparsa, il 21 aprile 2025, l'OPI ha diffuso il seguente comunicato: "Ci inchiniamo al Vescovo di Roma, il Papa Francesco, che ha raggiunto la casa del Padre: in sobrietà, vogliamo ricordare le parole che rivolse alla nostra professione in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere: "Sono uomini e donne che hanno scelto di rispondere 'sì' a una vocazione particolare: quella di essere buoni samaritani che si fanno carico della vita e delle ferite del prossimo. Custodi e servitori della vita, mentre somministrano le terapie necessarie, infondono coraggio, speranza e fiducia".

A Fiumicino, il poliambulatorio dedicato all'infermiera Emanuela Millevolte

Il 12 maggio, a Fiumicino, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 ha inaugurato e intitolato l'ambulatorio infermieristico (all'interno del Poliambulatorio di via Coni Zugna) a **Emanuela Millevolte**, infermiera deceduta prematuramente che, con grande passione e competenza, aveva partecipato all'avvio delle attività sanitarie della struttura.

Il presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**, ha tagliato il nastro alla presenza dei familiari della dottoressa, apponendo anche una targa in suo ricordo, assieme al direttore generale della ASL Roma 3, **Laura Figorilli**; alla presidente della Federazione nazionale-FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**; al presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega**; al sindaco di Fiumicino, **Mario**

Baccini e ai consiglieri regionali, **Emanuela Mari** e **Marco Bertucci**.

"Gli infermieri romani si inchinano ad una collega che ha onorato la professione - ha detto Zega - : questa cerimonia rende giustizia non solo a lei, ma a tutta la professione infermieristica romana che, nella ricerca come nella pratica professionale, è un punto di riferimento essenziale per la domanda di salute capitolina e non solo". "Oggi - ha detto Rocca - questo presidio dedicato a chi, ogni giorno, si prende cura di noi con professionalità, empatia e dedizione, è in memoria di Emanuela, che ha fatto della sua professione una missione al servizio della comunità. La Regione Lazio continuerà a investire nel rafforzamento dell'assistenza territoriale: 3.800 nuovi infermieri e 168 milioni di euro". "Il personale infermieristico della nostra ASL è capace di entrare nella quotidianità dei pazienti e delle loro famiglie con professionalità, rispetto, sensibilità e umanità", gli ha fatto eco Figorilli.

Nel 2024, il poliambulatorio di Fiumicino ha erogato 20.677 prestazioni, con un tasso di occupazione del 95%. In particolare: il servizio infermieristico è organizzato e gestito da infermieri, erogando già 24.334 prestazioni, di cui 21.151 prelievi e 3.182 attività di ambulatorio. "Quanto noi infermieri facciamo, ciò che siamo, che siamo diventati e che diventeremo ha sempre un solo obiettivo: il servizio ai cittadini, ai nostri assistiti", ha concluso Mangiacavalli.



Ottimi riscontri per “Spiagge Serene”

Il 5 maggio, al Consiglio Regionale del Lazio, alla presenza del presidente della Giunta, **Francesco Rocca**, e del direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, **Andrea Urbani**, sono stati illustrati i risultati di “Spiagge Serene” 2024 (con il commento del ricercatore CECRI, **Gabriele Caggianelli**), un progetto ideato e fortemente voluto



dall'OPI di Roma (assieme alle Asl Roma 3, 4, 6, Latina e Viterbo), che unisce prevenzione, educazione e partecipazione civica e che ha ricevuto il patrocinio e il sostegno della stessa Regione. Da giugno a settembre dello scorso anno, 70 località balneari hanno visto all'opera più di 150 operatori sanitari (in gran parte infermieri, assieme a ostetriche, fisioterapisti, dietisti, tecnici della prevenzione e assistenti sanitari); distribuite più di 50 mila *brochure*; messi in opera 62 laboratori di simulazione di primo soccorso (BLSD e disostruzione delle vie aeree, gravidanza e allattamento in spiaggia, tutela igienico sanitaria, osteoporosi, primo soccorso per incidenti in spiaggia, alimentazione corretta ed esposizione al sole, disabilità e movimento, balneazione sicura e prevenzione di punture da insetti).

Nel 2024, si osserva un netto aumento al progetto delle adesioni tramite canali informativi consapevoli (*social*, cartellonistica, passaparola e siti istituzionali), segno di una crescente visibilità e riconoscibilità. Inoltre, ai cittadini, a margine delle giornate è stato fornito un questionario di conoscenza e gradimento, i cui risultati hanno mostrato che, rispetto al 2023, le risposte sono state più che doppie e che la metà dei redattori era già a conoscenza di “Spiagge Serene”. Ma, soprattutto, che il progetto gode di un altissimo livello di gradimento: quasi il 100% delle risposte sono state positive e, fra queste: “è la prima volta che vediamo le istituzioni in cerca delle persone e non il contrario!” è di certo la più esemplificativa.

Senza dimenticare i suggerimenti dati, tra una maggiore pubblicità e visibilità (promozione su *social*, locandine, canali comunali e non istituzionali); l'espansione territoriale (allargare il progetto anche a scuole, piazze, centri commerciali e zone periferiche) e accessibilità in loco (uso di microfono/amplificazione per raggiungere i bagnanti). Intanto, il presidente Rocca, riconoscendo i meriti di “Spiagge Serene” ha assicurato il supporto della Regione anche quest'anno: “Si tratta di una modalità di incontro con la cittadinanza che evidentemente piace e che... ci piace!”.

“Proattività, prevenzione ed educazione sanitaria sono la chiave della sanità del futuro - ha sottolineato il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega** -. Al suo terzo anno di realizzazione, si tratta ormai di un evento atteso, ideato per raggiungere i cittadini in spiaggia, in un momento dedicato al relax, senza aspettarli in un ambiente sanitario”.

“Spiagge Serene” 2025 è (ri)partito domenica 29 giugno e prevede 66 uscite, fino agli inizi di settembre, su altrettante spiagge del litorale laziale.

Info e calendari degli appuntamenti: <https://opi.roma.it/spiagge-serene-2025/>

Spiagge Serene

2025



REGIONE
LAZIO



ASL
ROMA 3



ASL
ROMA 4



ASL
ROMA 6



ASL
LATINA



ASL
VITERBO



OPI LATINA
Ordine delle Professioni Infermieristiche



OPI VITERBO
Ordine delle Professioni Infermieristiche



**SCARICA
LE BROCHURE**

**RISPONDI AL
QUESTIONARIO**



**OPI
ROMA**



La Geriatria sempre più al centro dell'ambito sanitario



Massimo Marci, Luigia Carboni,
Matteo Grezzana
Lezioni di Geriatria
Piccin editore, 2024
(242 pagg, 25 euro)

Giulia Sortino
Alessandro Stievano

L' invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche rendono la Geriatria una disciplina sempre più centrale in ambito sanitario. L'assistenza agli anziani, perciò, richiede competenze specifiche e un approccio multidisciplinare, che tenga conto non solo degli aspetti clinici, ma anche di quelli funzionali, sociali e psicologici. Questo libro, perciò, rappresenta una guida completa e aggiornata per studenti infermieri e professionisti della salute che si occupano di tali pazienti, distinguendosi per la sua capacità di coniugare rigore scientifico e applicabilità pratica, fornendo strumenti utili per affrontare le sfide quotidiane del settore.

Gli autori, con consolidate esperienze in campo medico e infermieristico, offrono una prospettiva multidimensionale dell'assistenza agli anziani, evidenziando il ruolo centrale degli infermieri nella gestione della fragilità, della polipatologia e della disabilità.

È strutturato in 21 capitoli, ognuno dei quali affronta un aspetto specifico della Geriatria: i primi introducono i concetti fondamentali della disciplina (con una distinzione chiara tra Geriatria, Gerontologia e Geragogia, fornendo una base teorica indispensabile per comprendere il contesto in cui si opera); gli altri proseguono con la trattazione delle problematiche geriatriche più comuni (la comorbidità, le cadute e le lesioni da pressione). Ampio spazio è dedicato alla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMDG), uno strumento essenziale per la presa in carico completa del paziente anziano. Inoltre, viene descritta la rete dei servizi assistenziali - dall'ospedale al domicilio - con particolare attenzione alle Unità di Degenza a gestione Infermieristica (UDI) e alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Il volume, poi, si addentra negli aspetti clinici e assistenziali, affrontando tematiche cruciali come la malnutrizione, la polifarmacoterapia, le patologie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche e metaboliche. Ogni argomento è trattato con rigore scientifico e supportato da riferimenti bibliografici aggiornati.

Un capitolo particolarmente innovativo è quello dedicato agli aspetti medico-legali in Geriatria, che affronta tematiche delicate come la tutela giuridica del paziente anziano, il consenso informato e la contenzione.

Infine, una sezione dedicata agli strumenti di valutazione geriatrica, tra cui le scale per il rischio di lesioni da pressione, la *Clinical Frailty Scale* e il *Mini Mental State Examination* (MMSE), strumenti indispensabili per la pratica infermieristica.

Il linguaggio scientifico è chiaro e accessibile, e, ogni capitolo è arricchito da schemi, box riassuntivi e riferimenti a casi clinici, che permettono di tradurre la teoria in pratica. Le linee guida aggiornate, poi, lo rendono un supporto essenziale per chi lavora con gli anziani, in ospedale e a casa.

Prospettive di riforma della Professione: l'esempio francese

Avv. Barbara Pisa



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.

Mentre in Italia si discute da mesi di riforma universitaria (che dovrebbe istituire tre nuove Lauree magistrali a indirizzo clinico per rafforzare il ruolo degli Infermieri e aprire la strada alla prescrizione infermieristica), in Francia, il disegno di legge sulla riforma della professione infermieristica è già legge.

Lo scorso 5 maggio, infatti, il Senato francese ha approvato una legge che ridefinisce il quadro legislativo della professione infermieristica e ne amplia l'ambito di competenza, riconoscendo "le missioni degli infermieri e l'evoluzione delle loro competenze" in un contesto di desertificazione medica, come si legge nella relazione esplicativa della riforma. Si tratta di una riforma storica della professione infermieristica, che attribuisce agli Infermieri di pratica avanzata (IPA) maggiori responsabilità e autonomia, incluso il riconoscimento della diagnosi infermieristica e la possibilità di prescrivere esami e ausili. Secondo il Ministro della Salute francese, sebbene il numero di Infermieri stia crescendo più rapidamente di quello dei medici (entro il 2050 si prevedono circa 820 mila infermieri), si è ancora lontani dai circa 900 mila necessari per far fronte all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie croniche.

Così, per gestire la carenza di personale medico e rendere la professione infermieristica più appetibile ai giovani, è intervenuto il Parlamento approvando una riforma che ridefinisce, per legge, il ruolo e le competenze dell'Infermiere.

Approvata all'unanimità suggerisce un consenso politico solido attorno all'idea che **ridistribuire competenze mediche** verso figure infermieristiche avanzate sia la strada da percorrere.

Tra le principali novità della riforma:

- 1) possibilità per gli infermieri specialisti (IPA) di condurre **visite e monitoraggi clinici in autonomia**, incluse aree come Geriatria, Salute mentale, Oncologia e patologie croniche;
- 2) riconoscimento legale di **diagnosi infermieristiche** su temi come rischio di piaghe da decubito, disidratazione, complicanze diabetiche, accompagnate da piani assistenziali autonomi;
- 3) possibilità, per gli infermieri specialisti (IPA), di **prescrivere** presidi sanitari, medicazioni, esami biologici e strumentali, secondo un elenco stabilito dal Ministero della Salute con l'avallo dell'Académie Nationale de Médecine;
- 4) **miglioramenti salariali e contrattuali** per gli IPA, insieme all'apertura di nuove posizioni in strutture pubbliche e territoriali;
- 5) **percorso formativo** dedicato (Master universitario di livello 2 e tirocini professionaliz-

zanti), nonché obblighi di formazione continua e trasparenza medico-legale.

La riforma segna, quindi, un passaggio da un ruolo meramente esecutivo a uno clinico autonomo, con responsabilità diretta nelle cure primarie, che rappresenta, senz'altro, una risposta strutturale alla crisi di accesso alla medicina generale.

Riassumendo, dunque, grazie alla nuova riforma, in Francia, gli Infermieri specialisti potranno:

- **prescrivere in autonomia:**

- medicazioni;
- esami di laboratorio e strumentali;
- presidi sanitari (come l'utilizzo di pannoloni e cateteri e ausili domiciliari);
- farmaci, ma solo secondo elenchi definiti da decreti ministeriali e previa formazione specialistica.

- **Agire in collaborazione con i medici, ma in modo clinicamente autonomo,** soprattutto in:

- cure primarie;
- Geriatria;
- Oncologia;
- Salute mentale;
- malattie croniche.

La Francia ha sviluppato un modello istituzionalizzato e normato di pratica infermieristica avanzata, inclusa una **prescrizione regolamentata**, che possa rispondere alle esigenze della popolazione e del servizio sanitario.

La riforma francese, approvata all'unanimità dal Parlamento, ci dice che i tempi sono più che maturi per una riforma radicale che valorizzi le competenze avanzate e l'integrazione, per un riconoscimento normativo e contrattuale degli infermieri di pratica avanzata, attraverso percorsi universitari strutturati, incentrati su una differenziazione specialistica nella formazione post-universitaria.

Una riforma strutturale della professione che, oggi, si rende più che mai necessaria anche in Italia se si leggono i dati (drammatici!) sul numero di infermieri rapportati alla popolazione: secondo il Ministero della Salute, l'Italia nel 2022 contava su **6,5 infermieri per 1.000 abitanti, a fronte di una media europea di 8,4**; peggio di noi solo Spagna (6,2), Polonia (5,7), Ungheria (5,5), Lettonia (4,2) e Grecia (3,9).

L'Italia perde circa 10 mila infermieri l'anno, a fronte di un progressivo invecchiamento della popolazione: si stima che, entro il 2050, gli over 65 passeranno, dal 24,3%, al 34,5% della popolazione (14,4 milioni di persone) e quelli *over* 80, dal 7,7%, al 13,6% (7,5 milioni di persone).

Attualmente, in Italia ci sono circa 400 mila Infermieri e la Corte dei Conti ne ha stimato una carenza di circa 65 mila, che, con i futuri pensionamenti, potrebbe arrivare ad oltre 100 mila.

Insomma, una riforma della Professione, ora, dovrebbe essere quanto mai richiesta e auspicata non solo dai professionisti del settore, ma anche da ogni cittadino il cui diritto alla salute - costituzionalmente garantito - appare oggi sempre più minato da una carenza di personale sanitario e da una crescente disaffezione alla professione infermieristica.

SARA E MATTEO

Massimo D'Urso



AVETE SAPUTO?
E' PRONTO IL
NUOVO
CONTRATTO
COLLETTIVO
NAZIONALE DEL
COMPARTO
SANITA'!

IMMAGINO
LE NOVITA'...

PROPRIO COSI'...
IL MODELLO:
• ASSISTENTE
INFERMIERE;
• INFERMIERE;
• INFERMIERE
SPECIALISTA;
È CONTEMPLATO
IN MODO
SPECIFICO!

E CHE SUCCEDERÀ?



AVREMO UNA
REDISTRIBUZIONE DELLE
COMPETENZE E
DOVRÀ MIGLIORARE
IL NOSTRO APPROCCIO
ALLE DIAGNOSI

CHISSÀ SE LE
LAUREE SPECIALISTICHE A
INDIRIZZO CLINICO AVRANNO UN
RUOLO IN QUESTO NUOVO
MODELLO...

HO LETTO CHE
SULLE LAUREE SPECIALISTICHE
DOVRÀ PRONUNCIARSI IL
CONSIGLIO SUPERIORE DI
SANITÀ.

IO SONO STATO
ALL'ULTIMO CONGRESSO
CECR: CHI HA IMPLEMENTATO IL
PROGRAMMA INFORMATICO
«PAI» PUÒ UTILIZZARE
GRATUITAMENTE NEL LAZIO
LE DIAGNOSI «NANDA!»

INSOMMA:
INDIPENDENZA;
AUTONOMIA;
RESPONSABILITÀ...

SARA,
TU CHE NE PENSI?

SARANNO
TUTTI PRONTI?

...NON SO
SE MI SENTO PRONTO.

NESSUNO
DOVRÀ AFFRONTARE
QUESTI PASSAGGI
DA SOLO!

?!?

QUALUNQUE
COSA SI FARÀ
CON METODO
E CON IL
SUPPORTO
DI TUTTI.

...ROMA NON
È STATA COSTRUITA
IN UN GIORNO...



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 Consiglieri direttivi.

Gli articoli, possibilmente numerati nelle pagine, dovranno essere così strutturati: titolo in **italiano** e in **inglese**; Abstract in **italiano** e **inglese** (max 300 parole); Parole-chiave (da 2 a 6 in italiano e inglese). Quindi: Introduzione e obiettivi; 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)