

# IJN

## GIORNALE ITALIANO DI INFERMIERISTICA

ISSN 2420-8248



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE  
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA



Organo ufficiale di stampa  
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
MI-LO-MB

ITALIAN  
JOURNAL  
OF NURSING

# SPECIALE N.42/2023

## FESTEGGIAMO



# di informazione infermieristica

## con e per gli infermieri

**Organo ufficiale di stampa****ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB****Direttore Editoriale ad interim:** Daiana Campani**Direttore Responsabile ad interim:** Elisa Crotti

Comitato di Redazione ad interim: Pasquale D'Aloia, Patrizia Bertani, Francesco Bombelli, Silvia Borella, Antonino Burgio, Barbara M. Cantoni, Angelica Capocchiano, Anastasia Capone, Pasquale Caporale, Antonio Colella, Pellegrino Coretti, Shpetim Daka, Filippo D'Aleo, Immacolata De Simone, Ilaria Gorla, Sergio Greco, Odalis Desiree Gutierrez Villar, Elizabeth Luzmila Huerta Pretel, Priscilla Manfra, Silvia Mazzoni, Ettore Mosconi, Mauro Nobile, Chiara Alice Passoni, Francesco Pittella, Barbara Pucci, Silvia Re, Chiara Rivoli, Francesca Varvaro, Amalia Vasaturo, Chiara Venturini, Daniela Zimmermann

**Editore:** Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano-Lodi-Monza e Brianza – Corso di Porta Nuova 52 – 20121 MILANO – tel. 0259900154 – www.opimilomb.it – info@italianjournalofnursing.it – Reg. Trib. Mi n. 150 del 29.03.1993

Coordinamento grafico: OFFICINA RÉCLAME srl

**Note Redazionali:** La rivista "Italian Journal of Nursing" (IJN) è l'organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano Lodi-Monza e Brianza. IJN pubblica i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione.

**Invio di articoli da parte degli autori:** Gli autori degli articoli devono attenersi scrupolosamente alle norme editoriali IJN consultabili al link: <https://italianjournalofnursing.it/norme-editoriali/>. Ciascun autore è responsabile di inviare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Ogni autore è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Tutti i contributi devono essere inviati tramite email alla segreteria [info@opimilomb.it](mailto:info@opimilomb.it). Per informazioni circa la pubblicazione di articoli non previsti dalle norme editoriali si prega di inviare richiesta di informazioni tramite email a: [info@opimilomb.it](mailto:info@opimilomb.it).

**Il Comitato di Redazione** si riserva il diritto di chiedere revisioni, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi

ad IJN, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del materiale inviato sulla rivista IJN, sul sito e sulle pagine social, oltre che consentirne l'utilizzo da parte di OPI Milano Lodi-Monza e Brianza anche per fini diversi rispetto alla pubblicazione sulla rivista (esempio finalità formative). In caso di pubblicazione, l'autore concede quindi all'OPI di Milano-Lodi-Monza e Brianza un diritto illimitato di uso non esclusivo, senza limitazioni di aree geografiche. L'OPI Milano-Lodi-Monza e Brianza potrà pertanto, direttamente o tramite terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, annotare, codificare, modificare e adattare (includendo senza limitazioni il diritto di adattare per la trasmissione con qualsiasi modalità di comunicazione) in qualsiasi forma o con qualsiasi strumento attualmente conosciuto o che verrà in futuro inventato, ogni immagine e ogni messaggio, anche audio e video, che dovesse essere inviato dall'autore, anche per il tramite di terzi. Il materiale inviato non verrà restituito e rimarrà di proprietà dell'OPI di Milano Lodi-Monza e Brianza.

**Editoriali**

- 3 L'appeal della professione infermieristica è nella sua natura, nelle sue potenzialità e nella grande comunità di cui siamo parte**  
*"Why should I be a nurse?" The meaning of nursing profession for the new generations*  
Pasquale D'Aloia
- 4 Donne e tecnologia: tra "effetto Matilda", muri culturali e soffitti di cristallo, è tempo di cambiamenti**  
*Women and technology: amidst the 'Matilda Effect', cultural barriers, and glass ceilings, it's time for change*  
Daiana Campani

**Attualità e professione**

- 6 Italian Journal of Nursing compie trent'anni: su queste pagine la storia della professione**  
*Celebrating its thirtieth anniversary, the Italian Journal of Nursing showcases in its pages the history of the profession*  
Elisa Crotti

**Contributi ed esperienze**

- 8 Spazio Etico: luogo di condivisione, cura e autocura per i professionisti sanitari. Il racconto di un'esperienza di Ben-Essere**  
*Ethics Space: a place of sharing, care and self-care for healthcare professionals*  
Priscilla Manfra, Silvia Mazzoni, Titti De Simone

**Speciale Nurse4Kids**

- 11 "Saper essere" infermieri: cambiare passo, aprirsi per fare meglio**  
*"Knowing how to be" nurses: changing pace, opening up to do better*  
Daniela Zimmermann, Ilaria Gorla

**Scienze infermieristiche**

- 12 Leaders e followers: un progetto multicentrico pilota nel Kurdistan iracheno**  
*Key findings of a multicentric pilot project on Leaders' and followers'*  
Federica Buzzi, Bakir Nizar Yahya, Jaafar Shaima Shimo, Michele Stellabotte
- 18 Il self-care e il self-management nelle neoplasie ematologiche: studio osservazionale sulla percezione del paziente presso il DH di Ematologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedale - Università di Padova**  
*The self-care and the self-management in hematological malignancies: an observational study on patient perspective at the Day Hospital unit of Hematology and Clinical Immunology of the Azienda Ospedale - Università di Padova*  
Elena Barnabba, Federica Lacarbonara
- 32 Il telemonitoraggio e la percezione dei pazienti affetti da bronco-pneumopatia cronica ostruttiva: risultati di uno studio pilota in ASL 2 - Azienda Socio-sanitaria Ligure**  
*Telemonitoring and perception of patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease: results of a pilot study in ASL 2 - Azienda Socio-sanitaria Ligure*  
R. Rapetti

**Contributi ed esperienze**

- 36 Impronte infermieristiche nel passato verso il futuro**  
*Nursing footprints from the past towards the future*  
Associazione Infermieri Santa Rosa
- 39 I mille volti dell'engagement: dal paziente all'operatore sanitario, alle organizzazioni sanitarie**  
*The thousand faces of engagement: from the patient to the healthcare worker, to the healthcare organizations*  
Tiziana Nania
- 41 La scienza e la medicina in Età Moderna tra geni e pratica chirurgica: l'anatomia e i precursori della chirurgia urologica e della robotica**  
*Science and medicine in the Modern Age between genes and surgical practice: the anatomy and the precursors of urological surgery and robotics*  
Danilo De Leo
- 45 Non solo 5 maggio: quando l'igiene delle mani diventa un gioco con i bambini per apprendere i buoni comportamenti**  
*Not just May 5: When hand hygiene becomes a children game to learn good behaviors*  
Stefania Tinti
- 49 Formando gli assistenti familiari: l'esperienza della Fondazione Alberto Sordi**  
*Training paid caregivers: the experience of the Alberto Sordi Foundation*  
Gabriella Facchinetti
- 52 Strategie di prevenzione e gestione del moral distress negli infermieri dell'area di emergenza-urgenza durante la pandemia da Covid-19**  
*Strategies for prevention and management of moral distress in nurses in the emergency area during the Covid-19 pandemic*  
Elena Sassi, Ernesto Evicelli, Riccardo Balconi



**Pasqualino D'Aloia**

Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza

President of OPI in Milan, Lodi, Monza and Brianza

# L'appeal della professione infermieristica è nella sua natura, nelle sue potenzialità e nella grande comunità di cui siamo parte

*The appeal of the nursing profession lies in its nature, its potential, and in the large community of which we are a part*

Se chiedessi quali sono i dieci motivi per cui la professione infermieristica non attrae le nuove generazioni, le risposte arriverebbero in un istante. Ci rendiamo conto con grande facilità di ciò che non funziona nelle nostre vite e nel nostro lavoro, ma per vedere e riconoscerne gli aspetti positivi, occorre più tempo. Bisogna fermarsi.

Ed è stato proprio fermandomi a riflettere su quale impulso dare nel 2024, come Ordine delle Professioni Infermieristiche, alla nostra Sanità e al nostro quotidiano, che ho riconsiderato il valore attuale e il grande potenziale della nostra professione.

La motivazione non si compra con gli stipendi, ma è insita nella natura del lavoro svolto, e se intorno a me vedo infermieri stanchi, certo, ma pur sempre motivati, è perché nell'essere infermiere qualcosa di speciale c'è.

Il primo pensiero va al settore in cui operiamo, al nostro "mercato", passatemi il termine. Ogni giorno possiamo contribuire a un "bene più grande", alla salute. È un concetto che di primo acchito può suonare vuoto, per riempirsi poi di significato ogni volta che pensiamo alle singole persone alle quali abbiamo offerto assistenza. È proprio l'andare verso un bene più grande a toglierci le energie quando le cose non vanno come vorremo; **ma è anche grazie a un bene più grande che lottiamo e troviamo le risorse per far fronte alle criticità più imprevedibili**, come una pandemia.

Non solo: la professione infermieristica è l'emblema di **una grande comunità scientifica che, con fatica ma costantemente, sta trovando una dimensione sempre più definita e ampia**. Guardando in casa e fuori dai confini, la nostra comunità vanta infermieri prescrittori, dirigenti, opinion leader ed esperti di biotecnologie e robotica. Svolgiamo una professione che evolve, così come evolvono le conoscenze scientifiche e tecnologiche, e questo è un grande stimolo, che non possiamo ignorare e che **offre alle nuove generazioni possibilità illimitate**.

Va da sé, come alla capacità di adattamento professionale debbano necessariamente corrispondere **un adattamento e una revisione del Servizio Sanitario Nazionale**, immutato da quarantacinque anni, prevedendo modelli organizzativi che tengano conto delle competenze elevate dei nostri professionisti e che consentano sviluppi di carriera consoni. Su questo aspetto, sono proprio le istituzioni a dover lavorare.

Tornando in prima linea, dove si combatte la nostra avvincente battaglia quotidiana, tra l'incertezza di un mondo in cui la fiducia viene a mancare e i pazienti sono sempre più difficili e autocentrati, fa capolino la gratitudine dei nostri assistiti e dei loro familiari. A volte è una parola, altre volte un gesto o una lettera, altre ancora uno sguardo. **Questa gratitudine vale il viaggio**. Un viaggio con valigie colme di parole quali rispetto, aiuto, cura, comprensione e ascolto.

E se adesso ci sono molti colleghi italiani che, letteralmente, stanno portando le proprie valigie all'estero (negli Emirati Arabi, in Norvegia, in Svizzera), non possiamo non interrogarci su questo particolare momento di crisi.

Una risposta forse c'è: mi piace pensare che oggi la professione infermieristica stia vivendo la sua fase adolescenziale. Proprio come un adolescente, prima non si piace, poi si allontana e si riscopre, e alla fine diventa consapevole del proprio valore. Presto tutti si accorgeranno dell'importanza del nostro lavoro, anche le nuove generazioni. **La carenza cronica può diventare un'opportunità. A quel punto, il riconoscimento non potrà mancare, sia sociale che economico.**

Buon lavoro.

Pasqualino D'Aloia

**Daiana Campani**

Direttore Editoriale IJN  
Commissione d'Albo  
Infermieri  
Editor-in-Chief

daiana.campani@opimilomb.it

# Donne e tecnologia: tra “effetto Matilda”, muri culturali e soffitti di cristallo, è tempo di cambiamenti

*Women and technology: amidst the 'Matilda Effect', cultural barriers, and glass ceilings, it's time for change*



Questo numero di IJN chiude la serie speciale per i 30 anni della rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano, Lodi, Monza Brianza. Un percorso importante narrato in 30 anni di articoli, tra scienza, approfondimenti e attualità. Il primo pensiero con il quale ripercorriamo questo periodo di tempo va senza dubbio ai notevoli cambiamenti che le professioni infermieristiche hanno intrapreso nel corso degli anni. Una caratteristica, però, è immutata da tempo: la professione è caratterizzata da una netta predominanza femminile, al punto che le donne costituiscono circa il 78% della popolazione infermieristica in Italia, con – si badi bene – un'esigua minoranza ai vertici.

Come in altri ambiti, anche in quello infermieristico per le donne la possibilità di raggiungere ruoli apicali sia nelle organizzazioni che in università resta limitata, rinforzando così un divario di genere che ancora richiederà del tempo per essere colmato. Il soffitto di cristallo, qui, è ben visibile e tangibile. Questi aspetti si traducono in una maggiore difficoltà ad attrarre finanziamenti, sia nazionali che europei, e quindi ad apportare un contributo significativo nell'ambito della ricerca e dell'innovazione scientifica.

Al contrario di quanto avviene per l'Infermieristica, sono ancora poche le donne che si avvicinano alle facoltà scientifiche scegliendo una laurea STEM (scienze, tecnologia, ingegneria e matematica). Eppure, questo settore è in forte sviluppo ed è connotato da ingenti investimenti specifici per la promozione di tali discipline, cosa che potrebbe rappresentare un'opportunità per le donne anche nell'ottica di una riduzione del divario di genere.



Ci si è a più riprese chiesti quali siano le motivazioni che tengono la popolazione femminile lontana dalle lauree STEM, e ancora una volta la risposta si trova, ebbene sì, negli stereotipi e nei pregiudizi tipici della nostra cultura, nonché nel background familiare delle nostre società. Le ragazze, infatti, sembrano avere minor motivazione e fiducia in sé stesse nell'intraprendere un percorso di formazione scientifica. A queste insicurezze personali vanno poi ad aggiungersi i condizionamenti sociali e familiari, che vedono le donne meno predisposte alle materie scientifiche. Il forte condizionamento, sommato all'"effetto Matilda", che porta allo sminuimento del contributo femminile alla ricerca tecnica e scientifica, insieme alla quasi totale mancanza di modelli di ruolo, finiscono con l'essere fortemente condizionanti.

Per contro, da recenti ricerche emerge come le donne laureate in discipline STEM abbiano un voto di laurea leggermente superiore rispetto a quello degli uomini (107,3 contro 106,4), e riescano a concludere il corso di laurea in misura maggiore (50% contro 48%). Tuttavia, nel mondo del lavoro le migliori performance accademiche non paiono avere un peso, soprattutto in termini di retribuzione. Troppi controsensi, ce n'è abbastanza per indignarsi. Ma la riflessione si fa ancor più sentita se si considera il fronte delle competenze. La disciplina infermieristica, non riconosciuta fra le discipline STEM, si sta sempre più evolvendo verso l'uso della tecnologia e necessita sempre più di includere fra le proprie competenze anche quelle cosiddette green (o competenze verdi) e digitali, così come richiamato dal recente position statement\* di FNOPI. In sostanza, la professione si sta muovendo nella direzione della scienza e della tecnicità. Quale sarà l'apporto femminile? I tempi sono maturi per un cambiamento culturale. Anzi, si è andati ben oltre la maturazione.

Ora sta alle donne cogliere le opportunità offerte dalle tecnologie e dai nuovi ruoli, con un doppio vantaggio: quello di ridurre il gender gap aprendo nuove strade al contributo femminile nella scienza e, nel contempo, accedendo a maggiori finanziamenti per promuovere in maniera importante le lauree infermieristiche che già risentono, purtroppo, di un calo delle iscrizioni.

Ne risulterebbe un'alleanza fra professioni e discipline che contribuirebbe senza dubbio ad una contaminazione di idee verso l'innovazione dei nostri servizi sanitari e al progresso scientifico, portando più donne all'interno delle STEM e avvicinando ancora di più l'Infermieristica al contesto attuale. Ogni inizio d'anno ha i suoi buoni propositi. Che questo sia un ottimo punto di partenza?

\*[https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/10/Position-SanitaE-Digitale\\_DIGITAL-VER-C.pdf](https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/10/Position-SanitaE-Digitale_DIGITAL-VER-C.pdf)



**Elisa Crotti**

Consulente Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza  
Consultant of OPI in Milan, Lodi, Monza and Brianza

Foto di Paola Gobbi

# Italian Journal of Nursing compie trent'anni: su queste pagine la storia della professione

*Celebrating its thirtieth anniversary, the Italian Journal of Nursing showcases in its pages the history of the profession*



La nostra rivista compie trent'anni. Ha cambiato nome, formato, colori, è stata indicizzata, ha visto direttori, redattori e autori diversi, ma da sempre il suo mandato, ossia informare gli infermieri di Milano, Lodi, Monza e Brianza (anche se a ben vedere all'inizio Monza e Brianza non erano contemplate) si è tenuto saldo.

Quella che un tempo si chiamava "lo Infermiere" e che oggi risponde al nome di Italian Journal of Nursing, di cambiamenti nella professione ne ha seguiti parecchi. Trent'anni, di questi tempi, sono una lunga strada. Chi c'era ricorda che negli anni '90 gli infermieri erano principalmente visti come assistenti dei medici, una figura cosiddetta "ancillare", e a "lo Infermiere", come a tutti i professionisti dell'epoca, questa visione stava stretta.

Sono state le numerosissime battaglie, rese pubbliche anche dalle pagine di questa rivista, in tempi in cui i social media non erano nemmeno in fase embrionale, a cambiare lentamente, ma inesorabilmente, le regole del gioco.

L'introduzione di nuovi protocolli, la formazione avanzata e le sempre maggiori responsabilità hanno caratterizzato anni di grandi cambiamenti. Se la rivista oggi ha un nome internazionale, è perché gli infermieri di Milano, Lodi, Monza e Brianza possano riconoscersi in una comunità scientifica che travalica i confini nazionali. Il confronto con gli altri Paesi, soprattutto quelli in cui la sanità vanta livelli di eccellenza, è da sempre fonte di ispirazione e un modo per seguire la rotta.

Negli ultimi 30 anni, siamo diventati figure fondamentali nei team sanitari e partecipiamo attivamente alla pianificazione delle cure e alla gestione dei pazienti. Inoltre, il nostro ruolo, per il quale abbiamo chiesto a gran voce riconoscimento e autonomia, si è esteso al di là delle strutture ospedaliere, raggiungendo le comunità, le case di cura e i programmi di assistenza domiciliare. Tutto è narrato nelle pagine di questa rivista, un tempo piccina, poi in formato A4, oggi solo squisitamente digitale; anche questo, un segno dei tempi. Le



ricerche, gli studi, le eccellenze, le sfide e le prospettive della professione sono state raccolte in trent'anni di lavoro. Siamo orgogliosi di avere contribuito al successo di questa testata. Oggi, arriva nei device di 25mila infermieri che possono dichiarare a testa alta di essere una colonna portante del sistema sanitario nazionale.

Nonostante i progressi, ci sono ancora sfide da affrontare; una fra tutte, la carenza di personale infermieristico. Continueremo a testimoniare l'impegno e la dedizione degli infermieri delle nostre province nel migliorare costantemente le cure offerte ai pazienti. Il nostro futuro è nelle pagine che stiamo per scrivere.





**Priscilla Manfra**

Infermiera Pediatrica  
Hospice Pediatrico Casa  
Sollevio Bimbi  
Commissione Spazio Etico

**Silvia Mazzoni**

Infermiera Pediatrica  
Hospice Pediatrico Casa  
Sollevio Bimbi  
Commissione Spazio Etico

**Titti De Simone**

Infermiera  
IRCCS Ca' Granda Ospedale  
Policlinico Milano  
Responsabile Commissione  
Spazio Etico  
Immacolata.desimone@opimilomb.it

# Spazio Etico: luogo di condivisione, cura e autocura per i professionisti sanitari.

## *Il racconto di un'esperienza di Ben-Essere*

*Ethics Space: a place of sharing, care and self-care for healthcare professionals*

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni, a causa della recente pandemia, l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata su fenomeni di affaticamento emotivo, quali burnout, compassion fatigue, moral distress, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), dimostrando come gli operatori sanitari, soprattutto quelli coinvolti ed esposti al contagio, abbiano sviluppato forme diverse di disturbi stress correlato tra cui insonnia, depressione, ansia con relativo aumento del tasso di turnover, abbandono della professione (1).

Lo stravolgimento organizzativo degli ultimi anni, in ambito sanitario, ha causato un notevole aumento dei livelli di stress fra gli operatori con conseguenze sul loro benessere fisico ed emotivo. In particolare, la mancanza di risorse e le carenze infermieristiche hanno avuto un impatto organizzativo profondo sugli ospedali, con un aumento della spesa finanziaria e un sovraccarico di lavoro, turni stremanti e massacranti.

L'effetto devastante della pandemia ha generato uno shock di domanda insostenibile a fronte delle capacità limitate dei sistemi sanitari ed oggi, in tante realtà professionali gli infermieri si trovano a dover combattere una nuova grande minaccia rappresentata da un aumento del fenomeno dello stress lavoro correlato, psico-fisico, emotivo e del burnout (2).

L'ampia letteratura prodotta sul tema, negli scorsi decenni, illustra tra i fattori scatenanti la mancanza di supporto nelle organizzazioni, di leadership etiche e sostenibili, di gruppi tra pari funzionali, la mancanza di consapevolezza del ruolo professionale (3, 4).

Tra i fattori protettivi si evidenziano un adeguato sostegno sociale, crescita professionale, supervisione e gruppi tra pari (5, 6).

La coesione del gruppo resta un elemento fondamentale per la cura del singolo che opera in un ambiente in cui le richieste fisiche ed emotive sono così elevate (6).

Fondamentale è prendersi cura dei propri pazienti, ma ancora più importante è prendersi cura di se stessi.

**OBIETTIVI**

Al fine di imparare a gestire la fatica del prendersi cura, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano, Lodi, Monza e Brianza, attraverso la formazione della "Commissione Spazio etico" ritiene necessario costruire uno spazio dedicato a tutti gli infermieri in cui gli stessi possano sentirsi liberi di condividere le proprie esperienze, le proprie riflessioni, in cui poter manifestare le proprie emozioni,





in cui potersi raccontare, crescere insieme e discutere delle proprie difficoltà lavorative. Dunque, un luogo in cui potersi sentire accolti e ascoltati.

Altrettanto importante è far comprendere alle organizzazioni sanitarie quanto sia essenziale promuovere il benessere professionale, mediante azioni mirate a sviluppare competenze emotive, comunicative e relazionali.

### CONTESTO

Al fine di sviluppare queste competenze è necessario un cambio di paradigma che riconosca da parte di noi professionisti sanitari la necessità di lavorare e sviluppare queste capacità nei vari contesti formativi.

Una possibilità prospettata nell'articolo "La manutenzione emotiva del personale curante: patrimonio aziendale e linfa vitale di ogni professionista" (7) è lo sviluppo dell'intelligenza emotiva, attraverso il lavoro di alfabetizzazione, la consapevolezza, la supervisione.

Da diversi studi emerge che l'intelligenza emotiva è inversamente correlata all'affaticamento ed esaurimento dei lavoratori. Gli individui con un alto Emotional Quotient (EQ) sono in grado di rispondere in maniera adattativa a ciò che li circonda e questo può costituire un fattore di protezione (8, 9).

L'intelligenza emotiva, nei luoghi di lavoro, si riconduce alla corretta comprensione, espressione e gestione dei buoni rapporti, così come la risoluzione di problemi complessi. L'intelligenza emotiva è la capacità di riconoscere, comprendere e accettare le proprie emozioni. Rappresenta una tra le competenze primarie per la comunicazione efficace e nelle professioni legate alla relazione d'aiuto, lo è in misura ancora maggiore.

Il lavoro di cura necessita di manutenzione emotiva e armarsi di validi strumenti può essere la giusta strategia per combattere lo stress lavoro correlato e prendersi cura di se stessi.

### I PRIMI PASSI VERSO LA CREAZIONE DELLO "SPAZIO ETICO"

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano, Lodi, Monza e Brianza, in collaborazione con "L'Emozionario dei professionisti sanitari", ha promosso quest'anno un corso residenziale accreditato ECM-CPD, svoltosi dal 24 al 26 marzo 2023, presso il Camplus Milano Turro.

L'evento è stato rivolto a tutti gli infermieri e infermieri pediatrici iscritti all'Ordine.

Il ricco programma del corso residenziale ha visto impegnati docenti qualificati e previsto numerose attività strutturate, centrate su interventi teorico-pratico-esperienziali, per lavorare in maniera stimolante alla tematica della consapevolezza, punto di partenza e di arrivo per la metacognizione del nostro ruolo di curanti.

### DAL TEMA DELLA CONSAPEVOLEZZA AGLI STRUMENTI DI AUTOCURA

Il primo giorno si è aperto con un'introduzione di Titti De Simone, infermiera, ideatrice del progetto "Emozionario" e Responsabile della "Commissione Spazio etico". In questo primo intervento è stato illustrato ai partecipanti cosa si intende per "Spazio Etico", luogo di condivisione ed energia, cura ed autocura, welfare di comunità, storia ed origine dello stesso.

Tutti i successivi interventi delle giornate di questo weekend di formazione hanno fatto riferimento al tema della "consapevolezza".

E' stata Sara Oliva Boch, pedagoga, a introdurre, per la prima volta, il concetto di "consapevolezza" (cognizione, conoscenza, stare con il sapere), condividendone l'etimologia e approfondendo alcune riflessioni per comprendere come e quando esercitarla. Lo scopo di questo intervento era considerare la consapevolezza una pratica di vita, per entrare in connessione con i propri pensieri, in una metacognizione che ci permette di riflettere, esercitandoci.

La giornata si è conclusa con un esercizio di pratica meditativa unita a tecniche di rilassamento, guidata da Enza Eleonora Trocino, life coaching e counseling olistico. La meditazione, intesa anche come creazione di una riserva di spazio personale, utile nei momenti di forte stress e cortocircuito emotivo, insieme alle altre tecniche di rilassamento costituiscono le fondamenta di un approccio alla vita e alla malattia, che richiede di stare nella distanza scomoda tra le proprie attese e la realtà. Declinare la consapevolezza per comprendere limiti e possibilità è stato l'obiettivo di questo momento. La road map della seconda giornata si è focalizzata sul ruolo curante e sulla consapevolezza della manutenzione emotiva dello stesso; "Prendersi cura di chi cura", tema di sfondo e contorno agli interventi successivi che hanno offerto ai partecipanti momenti esperienziali.



Susanna Baldi, psicoterapeuta, formatrice in ambito sanitario e istruttrice di Mindfulness, ha condiviso strategie orientate alla manutenzione emotiva e alla fertilizzazione della consapevolezza, attraverso la conoscenza, e all'uso di strumenti di autocura, utili per preservare e mantenere la stabilità emotiva e l'equilibrio tra le aree del lavoro e della vita. La seconda giornata ha dimostrato quanto l'equilibrio emotivo sia il perfetto bilanciamento tra il saper conoscere la pratica della respirazione consapevole (Mindfulness), saper allenare l'intelligenza emotiva e saper vivere nel "qui ed ora".

Titti De Simone con lo strumento della Medicina Narrativa e le micronarrazioni ha condotto un laboratorio in cui ha condiviso con i partecipanti peso e libertà dei ruoli. Scrittura e musica per immergersi in immagini e pensieri rispetto all'immagine di noi stessi e degli altri.

Laura Campanello, filosofa analista e formatrice, ha condotto un laboratorio di pratiche filosofiche. Immagini, quadri, colori si sono intrecciati in questa esperienza per costruire il significato di cura



del gruppo, un modo per sviluppare la consapevolezza del nostro ruolo professionale allenando la postura curante attraverso l'Altro. Azzurra Maria Sorbi, filosofa e HR trainer, ha permesso con il suo laboratorio di creare "La mappa del Potere". Esercitare la consapevolezza aiuta ad alimentare la dimensione interiore della saggezza, a ri-conoscere i propri limiti per potersi migliorare e fronteggiare le situazioni più fragili e difficili. La cura è l'elemento fondamentale e distintivo di un infermiere e deve essere costantemente coltivata, non solo nei confronti del prossimo, quanto a livello personale e interpersonale. Per fare questo è necessario restare esseri desideranti e riconoscere le proprie aree di luce e di potere.

Nella terza giornata l'intervento di Simona Spinoglio, psicologa e cantoterapeuta ha guidato i partecipanti verso la consapevolezza corporea: come il nostro corpo comunica e quanto, spesso, ne siamo poco consapevoli, le domande che sono scaturite dal laboratorio. Spinoglio ha poi coinvolto i partecipanti nella "danza delle emozioni". Durante la pratica ha invitato le persone a muoversi liberamente al ritmo delle musiche proposte, da soli o in coppia o in gruppo, concedendo a ciascuno di liberare le proprie emozioni ed analizzandole a fine esperienza. L'esercizio ha fatto emergere il gruppo come potente strumento educativo e funzionale, rivolto alla solidarietà e alla comunicazione consapevole.

I lavori si sono conclusi con Titti De Simone e la costruzione di una mappa concettuale: una casa che rappresenta lo Spazio Etico, dove ognuno dei partecipanti ha "messo" parole, oggetti, sogni.

Umanizzare le cure vuol dire riconoscere l'umano che è in noi e nell'altro, accoglierlo, ascoltarlo, imparare a sentirlo.

Gli strumenti di autocura presentati durante questo intenso weekend possono servire ad affrontare tutte le situazioni in cui ci troviamo ad operare, strumenti troppo spesso affidati alle energie e alle capacità del singolo individuo.

## CONCLUSIONI

In un contesto lavorativo in cui la frenesia è il ritmo obbligato, è facile lasciarsi opprimere da turni massacranti, dalle tante responsabilità e difficoltà, dalle richieste dei pazienti e dai vertici aziendali. Si rischia di non riuscire a fermarsi per "vivere il momento" nello stesso istante in cui avviene, di non avere le energie necessarie da reinvestire nella cura e nella relazione.

Questo può condurre ad uno stato di stress permanente e, attraverso le malattie psicosomatiche, il corpo inizia ad esprimere i bisogni inespresi.

Risulta fondamentale essere in grado di allenare lo sguardo attraverso le scienze umane, la filosofia, la psicologia, la pedagogia, la sociologia ricostruendo pezzi della nostra identità di professionisti immersi nel complesso panorama dell'assistenza, della salute pubblica, della sanità. Costruire lo "Spazio Etico" significa concretizzare la possibilità reale di lavorare ai temi del benessere professionale ed organizzativo e dar vita ad un luogo di cura in cui imparare ad abitare la prossimità con consapevolezza ed assertività.



## BIBLIOGRAFIA

- Caruso, R. et al. "Burnout and post-traumatic stress disorder in frontline nurses during the COVID-19 pandemic: a systematic literature review and meta-analysis of studies published in 2020." *Acta bio-medica: Atenei Parmensis* vol. 92,S2 e2021428. 21 Dec. 2021, doi:10.23750/abm.v92iS2.11796
- Yu, Fiona et al. "Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review." *International journal of nursing studies* vol. 93 (2019): 129-140. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014
- Sabo B. "Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable?" *Indiana Journal of Palliative Care* 2008; 14(1):23-29
- Lombardo B, Eyre C. "Compassion Fatigue: A Nurse's Primer." *The Online Journal of Issues in Nursing* 2011; 16 (1) 3.
- Li A, Ealry S, Mahrer N, Klaristenfeld J, Gold J. "Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout" *Journal of professional Nursing* 2014; 30 (1) 89-99
- El-Bar N, Levy A, Wald H, Biderman A. "Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area: a cross-sectional study". *Israel Journal of Health Policy Research* 2013; 2 (1) 31
- Baldi S. <https://www.luoghicura.it/operatori/professionisti/2022/02/lamanutenzionemotivadelpersonalecurantepatrimonioaziendaleelinfavitaleperogniprofessionista/2022>
- Schutte, N.S., Malouff, J. M. "Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being." *Personality and Individual Differences*, 50, 1116-1119. 2011
- Petrides, K, Furnham, A., & Mavroveli, S. "Trait Emotional Intelligence: Moving Forward in the Field of EI." *Emotional intelligence: Knowns and nonentities (Series of Affective Science)*. Oxford: Oxford University Press. 2007.

**Daniela Zimmermann**

Presidente Commissione d'Albo infermieri pediatrici e Referente della Commissione Pediatria

**Ilaria Gorla**

Commissione Albo Infermieri Pediatrici

[Ilaria.gorla@opimilomb.it](mailto:Ilaria.gorla@opimilomb.it)

# "Saper essere" infermieri: cambiare passo, aprirsi per fare meglio

*"Knowing how to be" nurses: changing pace, opening up to do better*

Il 20 novembre, in occasione della Giornata Internazionale dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, si è svolto a Milano il convegno "I diritti non hanno età".

L'iniziativa è nata dall'idea degli studenti del III anno del corso di laurea in infermieristica pediatrica (CLIP) dell'Università degli Studi di Milano, subito raccolta dal suo Direttore, dott. Sannino, e condivisa con la Presidente della Commissione d'Albo Infermieri pediatrici dell'OPI MiLoMB, dott.ssa Zimmermann, e con la Presidente della Società Italiana di Pediatria Infermieristica (SIPINF), dott.ssa Bonino. Da tempo si voleva attivare una collaborazione e questa è stata la migliore opportunità.

In completa sinergia OPI, UNIMI e SIPINF, hanno coinvolto importanti associazioni che si prodigano per i bambini e per le loro famiglie, costruendo certo un evento commemorativo per la giornata dei diritti, ma creando soprattutto un volano per una nuova visione del ruolo infermieristico. Il "saper essere" diventa altro, si evolve, si espande, diventa "fare rete" intorno ai bambini, con le famiglie, gli altri professionisti, le associazioni, l'università e le società scientifiche di indirizzo pediatrico: tutti insieme per fare meglio, a tutela dei diritti dei minori.

Durante il convegno, dopo i saluti istituzionali dei presidenti dell'OPI, dott. D'Aloia, e del CLIP, prof.ssa Fumagalli, ed un video messaggio da parte dell'assessore al welfare dott. G. Bertolaso, hanno portato il loro prezioso contributo la dott.ssa Invernizzi per UNICEF Italia, la sociologa prof.ssa Bosisio, l'infermiera pediatrica e forense dott.ssa Belletti, e la psicologa e Presidente dell'Associazione di Psicologia Utile, dott.ssa Camilli.

Il tema del "diritto" è stato così affrontato sul fronte giuridico-normativo, etico-deontologico, sociale e psico-emotivo, per una visione più approfondita e completa, nel tentativo di riconoscere il diritto di essere bambini in ogni contesto e situazione, a garanzia della



tutela dei bisogni dei più piccoli. Nella seconda parte della mattinata, una tavola rotonda ha visto il confronto tra alcune Associazioni di patologia (Vividown, Giovani Diabetici, Intensamente Cocolati, Il Nodo) ed Onlus (ABIO e OBM), vicine al mondo dei bambini e delle loro famiglie, con i promotori del convegno, per provare a cercare insieme nuove strade per garantire i diritti dei bambini, soprattutto quando la malattia e la disabilità limitano fortemente la qualità di vita. Ne siamo usciti più forti, motivati e consapevoli che insieme si può fare molto, ancora di più.

Mossi da queste convinzioni, si è scelto di sottoscrivere un patto di reciproco impegno, per non dimenticare che la volontà a fare bene, espressa in questa occasione, si tramuti in nuove proposte, anche da sottoporre alle Istituzioni, proprio come da invito dell'assessore Bertolaso nel videomessaggio di apertura.

Sarà la prima di molte iniziative che ci uniranno nell'interesse dei bambini.

*La prossima già in primavera, questa volta con i bambini protagonisti.*  
Commissione Albo Infermieri Pediatrici.



**Federica Buzzi**

RN, Coordinatore della formazione clinica per le terapie intensive neonatale/pediatria - E.U. Project MADAD, Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli, Duhok, KR – Iraq

**Bakir Nizar Yahya**

Associate Professor – Hevi Paediatric Teaching Hospital Duhok, KR – Iraq

**Jaafar Shaima Shimo**

RN, Terapia Intensiva Pediatrica - Hevi Paediatric Teaching Hospital – Duhok, Iraq

**Michele Stellabotte**

RN, Sala Operatoria in Chirurgia Pediatrica. Nurse di Anestesia e Strumentista in Chirurgia Pediatrica (Generale, Toracica e Urologica)

# Leaders e followers: un progetto multicentrico pilota nel Kurdistan iracheno.

## La percezione infermieristica dei coordinatori infermieristici presso Hevi Pediatric Teaching Hospital di Duhok e Rapareen Pediatric Teaching Hospital di Erbil – Regione Autonoma del Kurdistan – Iraq

*Key findings of a multicentric pilot project on Leaders' and followers' The perception assessment questionnaires in nursing at Duhok Hevi Paediatric Teaching Hospital and Erbil Rapareen Paediatric Teaching Hospital – Kurdistan Region*

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** La leadership è una competenza essenziale e necessaria per un coordinatore infermieristico, è di fondamentale importanza per superare le sfide quotidiane soprattutto in contesti “difficili” come l'Iraq. Questi professionisti devono possedere conoscenze, abilità e attitudini specifiche relative all'arte e alla scienza del problem solving, nell'ambito del lavoro di squadra e della gestione e basarsi principalmente su un modello di leadership. Le capacità di leadership possono aiutare a stabilire una relazione tra infermieri e creare un ambiente di lavoro più sereno e accogliente. Poche ricerche sono state pubblicate sui programmi di formazione alla leadership infermieristica e sulla valutazione della sua formazione e apprendimento. Lo scopo dello studio è analizzare l'impatto di un programma pilota per la formazione dei coordinatori infermieristici come modalità efficace e basata sull'evidenza per migliorare lo stile di leadership, la gestione del personale e delle risorse disponibili in un contesto con innumerevoli problematiche. **Metodo.** Questo studio ha un disegno pre-post test che valuta le conoscenze apprese durante un corso di formazione dei coordinatori infermieristici in due Ospedali Pediatrici pubblici della Regione Autonoma del Kurdistan – Iraq. Il grado di apprendimento è stato indagato attraverso un questionario utilizzato come pre e post-test. Inoltre, è stato utilizzato un questionario per l'auto-valutazione dei coordinatori e un questionario di valutazione da parte degli infermieri (followers) prima e a sei mesi dalla formazione dei coordinatori. **Risultati.** Durante lo studio sono stati raccolti 334 questionari e i risultati di questo progetto dimostrano che il corso di formazione svolto per i coordinatori infermieristici è stato efficace nel migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori



sanitari che vi hanno partecipato. La percezione media dei leader sulle loro competenze è passata da 3 a 3,7 e per i followers da 3,4 a 3,6. **Conclusioni.** Il programma è stato efficace e ha portato a un miglioramento dello stile di leadership e della gestione degli infermieri. Con questo studio abbiamo evidenziato che, anche nei Paesi a reddito medio-basso, è necessario creare un piano di formazione specifico per i coordinatori per migliorare l'assistenza ai pazienti e creare un ambiente di lavoro accogliente e sereno. **Key Words.** leadership, nurse's role, training on the job, course, head nurse, management, health staff, leadership styles, international cooperation, Iraq Kurdistan.

**ABSTRACT**

**Background.** Leadership is essential and necessary in the role of a responsible nurse; it is a fundamental skill to overcome daily challenges especially for the head nurses in a difficult context such as the Kurdistan region. These professionals must have specific knowledge, skills and attitudes related to the art and science of problem solving as part of teamwork and management, based primarily on a leadership model. Leadership skills can help establish a relationship between nurses and create a more peaceful and welcoming work environment. Few research has been published on

nursing leadership training programs and evaluation of leadership training. The aim of the study is to analyse the impact of a pilot training program for chief nurses as an effective and evidence-based training modality to improve leadership style and personnel management. **Methods.** This study has a pre-post test design and evaluates the knowledge learned during a training course by the Head Nurses in 2 public Pediatric Hospitals. The degree of learning was investigated through a questionnaire used as a pre and post-test. In addition, in the same hospitals, a questionnaire was used for the evaluation of the head nurse and a questionnaire for self-evaluation by the leaders before and after the training, after six months. **Results.** During the study, 334 questionnaires were collected and the results of this project show that the training course carried out for the Head Nurses was effective in improving the knowledge and skills of the healthcare professionals who participated in it. The average perception of leaders goes from 3 to 3,7 and for followers it goes from 3,4 to 3,6. **Conclusions.** The Head Nurse Pilot Training was an effective program that resulted in improved leadership style and management of nurses by leaders. With this study we have highlighted that even in low-middle-income countries it is necessary to create a specific training plan for room managers to improve patient care and create a welcoming and peaceful working environment.

## INTRODUZIONE

La leadership infermieristica è intesa come capacità di influenzare il gruppo, in modo che tutti gli operatori insieme possano raggiungere obiettivi condivisi e di qualità; osservando l'idea centrale di soddisfare le esigenze di salute dei pazienti in cura (Aberese-Ako et al., 2018). Le caratteristiche fondamentali della leadership sono: impegno, responsabilità, empatia, processo decisionale, comunicazione e gestione in modo efficace ed efficiente (Neves & Sanna, n.d.) (Lei & Palm, 2021). Uno stile di leadership infermieristica è efficace quando è positivamente associato alla soddisfazione dell'infermiere e ai risultati del paziente e dell'organizzazione (AbuAIRub & Alghamdi, 2012).

Nell'ambiente di lavoro ospedaliero, il coaching è generalmente fornito dal leader come un modo per migliorare il raggiungimento degli obiettivi e le prestazioni dei professionisti attraverso l'uso di una varietà di tecniche emotive, cognitive e comportamentali (Kertholetswe & Malete, 2019). I buoni leader sono coloro che sono in grado di osservare, motivare e costruire relazioni di fiducia perché riconoscono le capacità e le caratteristiche dei membri del loro gruppo e promuovono ambienti di lavoro più sani e di conseguenza la qualità dell'assistenza ai pazienti viene migliorata (Pfeiffer et al., 2019). Una leadership efficace deve essere orientata ad aiutare i followers a rafforzare i loro talenti prestando attenzione alle loro esigenze, caratteristiche e costruendo un'alleanza efficace con loro e tra loro (Boyle et al., 1999) (Casida & Parker, 2011) (Arnold et al., 2015). Il Ministero della Salute di Baghdad è l'autorità responsabile dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari pubblici e privati in tutto l'Iraq. Molti rapporti e documenti hanno dimostrato che, nonostante l'elevato numero di corsi di formazione effettuati per i diversi professionisti sanitari, in particolare infermieri, la stragrande maggioranza di questi non sono accreditati e sono per lo più condotti da personale non qualificato (Awqati et al., 2009). Inoltre, le risorse infermieristiche non sono adeguate sia dal punto

di vista qualitativo che quantitativo. Gli infermieri non hanno una preparazione professionale adeguata alla richiesta sanitaria e al momento sono 1,5 infermieri/1000 abitanti a fronte di un fabbisogno stimato di 4/1000. Per i coordinatori infermieristici, non esiste un corso o master specifico per implementare le loro conoscenze, competenze e abilità nella leadership e nella gestione del personale. Il ruolo di leadership trasformativa dei coordinatori può essere di vitale importanza per determinare e raggiungere obiettivi a breve e lungo termine in un processo di innovazione e cambiamento per un paese in continuo sviluppo come il Kurdistan iracheno. L'Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli (A.I.S.P.O.) è un'organizzazione non-governativa attiva nel territorio curdo dal 2013, dopo un'attenta osservazione del contesto e delle esigenze locali, ha deciso di realizzare un corso di formazione e on-the-job training per i coordinatori infermieristici con l'obiettivo di implementare le carenze teoriche e pratiche nell'ambito di un progetto pilota nell'ambito della cooperazione internazionale.

## OBIETTIVO

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'apprendimento dei coordinatori con un pre-post test e attraverso l'utilizzo di due questionari, la percezione di infermieri e dei coordinatori sul concetto di leadership e su come veniva applicato prima e dopo il percorso formativo.

## METODI

Studio multicentrico con disegno pre-post test condotto tra Maggio 2020 e Dicembre 2020. Il reclutamento dei partecipanti si è basato sulle popolazioni accessibili di infermieri (followers) e coordinatori infermieristici (leaders) del Rapareen Pediatric Teaching Hospital di Erbil e dell'Hevi Pediatric Teaching Hospital di Duhok.

Lo studio si è svolto in due ospedali pediatrici pubblici del Kurdistan iracheno, le Unità Operative prese in considerazione dello studio sono la pediatria, le terapie intensive pediatriche e neonatali, le chirurgie e il pronto soccorso.

Gli strumenti di ricerca per la raccolta dei dati sono stati creati e basati sull'esperienza del ricercatore e sul contesto locale. Prima e dopo i 6 mesi di formazione sia ai coordinatori che agli infermieri, è stato sottoposto un questionario per indagare la loro percezione sul concetto di leadership. Entrambi i questionari "questionario di autovalutazione del coordinatore" e "questionario di valutazione del coordinatore infermieristico", essi contengono domande strutturate e sono stati organizzati in tre parti: la prima raccoglie i dati sociodemografici: sesso, istruzione, affiliazione ospedaliera e di Unità Operativa, età ed esperienza lavorativa. La seconda parte presenta domande chiuse relative alla conoscenza della leadership. La terza parte conteneva domande sulle capacità e le attitudini dei leaders nella pratica della leadership nelle attività quotidiane. La scala contiene 20 elementi e i criteri di valutazione erano da 1 (Non lo percepisco mai) a 5 (Lo percepisco sempre) e NA. "Non applicabile" - nel caso in cui la domanda non era applicabile. Quattro dimensioni del processo di leadership sono state valutate nei due diversi ospedali: capacità di comunicazione, di feedback, di influenza e di supporto. I questionari somministrati prima e dopo il corso erano gli stessi e, sono stati tradotti in lingua araba e in curda.

Il campione è composto da 20 coordinatori infermieristici che hanno partecipato al corso di formazione: (N=12 [60%]) di Duhok

e (N=8 [40%]) di Erbil. 13 erano femmine e 7 maschi, l'età media era di 41 anni e 16 anni quella lavorativa. (N=12 [60%]) lavorano in pediatria e (N=8 [40%]) in Unità Operative di urgenza/emergenza. (N=15 [75%]) dei coordinatori sono Institute Nurse e (N=5 [25%]) sono College Nurse. Gli infermieri inclusi nello studio invece, sono 97 donne e 55 uomini, l'età media è 31 anni e l'esperienza era 7 anni. (N=100 [66%]) degli infermieri lavorano presso ospedale Hevi di Duhok e (N=52 [34%]) lavorano all'ospedale Rapareen di Erbil. 100 (66%) di loro lavorano in pediatria e 55 (34%) in Unità Operative di urgenza/emergenza.

Degli infermieri inclusi nello studio 94 (62%) sono Institute Nurse 42 (38%) sono College Nurse e 16 (10%) sono ostetriche.

Nel mese di giugno 2020 si sono svolti due corsi per la formazione dei coordinatori infermieristici, basati sulla gestione e leadership del personale. Il training "Lavorare come coordinatore infermieristico: best practice" è stato suddiviso in due giornate: la prima giornata ha spiegato la figura e le competenze del caposala, diverse tra gruppo e team, capacità di comunicazione, 5 meccanismi di coordinamento e modalità di erogazione dell'assistenza. Il secondo giorno, i coordinatori hanno appreso la leadership, la gestione degli ordini di acquisto e delle scorte, la gestione dei turni, lo stress e il burnout. L'offerta formativa è stata modellata sulla base della leadership, gestione e contesto organizzativo degli ospedali curdi. La durata della formazione è stata di 14 ore e per 6 mesi è stato strutturato un training on the job seguito da un infermiere internazionale esperto in materia.

I dati sono stati raccolti nel periodo maggio-dicembre 2020, sono stati distribuiti in totale 334 questionari anonimi e il tasso di risposta complessivo è stato del 100%. Prima dei corsi (maggio) sono stati distribuiti 172 questionari, 60 presso l'Ospedale di Erbil e 112 dell'Ospedale di Duhok a seguito della formazione (novembre - dicembre 2020), sono stati consegnati 162 questionari, 54 al Rapareen e 112 all'Hevi. La differenza sostanziale nel numero (10) di questionari distribuiti è dovuta al fatto che alcune delle infermiere si sono trasferite in un altro ospedale o in permesso di maternità.

Le caratteristiche del campione sono state analizzate utilizzando frequenze e percentuali assolute per i dati di scala nominale. I dati quantitativi non normalmente distribuiti sono riportati utilizzando mediana e range interquartile, in caso di distribuzione normale la misura della tendenza centrale utilizzata è la media, l'indice di dispersione è la deviazione standard.

Il confronto tra le curve di distribuzione dei punteggi totali ai test I e II è stato eseguito secondo il test U di Mann-Whitney.

Questo studio è stato sviluppato in conformità con i principi etici internazionali ed è stato garantito il rispetto della riservatezza e dell'anonimato dei dati dei partecipanti.

## RISULTATI

Nei due percorsi formativi svolti, il pre-test ha avuto una mediana di 5,5(2) e il post-test di 8,8(2), con una differenza sostanziale di circa 2,5 domande corrette per individuo.

Tra i risultati del pre-test e del post-test emerge un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0,001$ ) (Grafico 1). La media dei corsi è stata di 3,7 con una valutazione statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Prima dei corsi, la percezione dei leader di entrambi gli ospedali su tutte le dimensioni ha una media 3 (deviazione standard - SD:1) ( $p = 0,05$ ) (Tabella 1).

Per i leader di Duhok, la loro percezione delle capacità di comunicazione e feedback con il personale ha una mediana di 3 (DS:0,9) mentre per i leader di Erbil è 3,1 (DS:0,9). La percezione dell'abilità di influenza è in media 2,4 (DS:0,7) e le abilità di supporto sono in media 2,3 (DS:0,7) a Duhok e 3,9 (DS:1,2) ad Erbil.

La percezione degli infermieri (follower) invece, su tutte le dimensioni hanno una media di 3,4 (SD:1,4) (Tabella 2). Per i follower di Duhok, la loro percezione delle capacità comunicative dei coordinatori ha una media di 3,6 (SD: 1,3), feedback e supporto ha una media di 3,7 (SD: 1,3) e le abilità di influenza 3,5 (DS:1,3).

Per gli infermieri di Erbil, la loro percezione delle capacità di comunicazione e feedback del loro coordinatore ha una media di 3 (SD:1,4), influenza in media di 2,9 (DS:1,4) e abilità di supporto 2,8 (DS:1,4) ( $p = 0,002$ ).

Dopo 6 mesi dal corso di formazione, la percezione della coordinatrice infermieristica (leader) su tutte le dimensioni ha una media di 3,7 (SD:1,1) ( $p = 0,05$ ) (Tabella 1). Per i leader Duhok, la loro percezione delle capacità di comunicazione con il personale ha una media di 3,9 (DS:1), feedback 3,6 (DS:1,1) e le abilità di influenza 3,7 (DS:1,2) e il supporto 3,8 (DS:1,2) ( $p = 0,1$ ). Per i leader di Erbil, la loro percezione delle capacità di comunicazione e influenza con il personale ha una mediana di 3,8 (DS:0,7), feedback e delle abilità di supporto 3,6 (DS:0,9) ( $p = 0,1$ ). Per gli infermieri, invece, le abilità interpersonale fondamentale del leader non hanno subito alcun cambiamento. Dopo i corsi la percezione degli infermieri (follower) su tutte le dimensioni hanno una media di 3,6 (DS:1) ( $p = 0,1$ ) (Tabella 2). Per i seguaci di Duhok, tutte le dimensioni hanno una media 3,7 (SD:1,1) e per Erbil 3,4 (SD:1), ( $p = 0,2$ ).

## DISCUSSIONE

Questo è il primo studio che analizza la capacità di leadership nei coordinatori infermieristici in due ospedali pediatrici pubblici nella Regione Autonoma del Kurdistan iracheno. Prima della formazione, dal governo curdo non era mai stato approvato alcun corso su questa tematica e il personale non aveva idea del concetto di leadership. Questo studio presenta i risultati di un intervento realizzato nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale, la formazione per i coordinatori ha garantito contenuti basati sull'evidenza e, allo stesso tempo, è stata adattata alle risorse disponibili a livello locale per garantire la sostenibilità e la fattibilità del corso (Mulgenga et al., 2018). Lo studio mostra che nel corso della formazione in entrambi gli ospedali, il punteggio medio pre-test era inferiore a 6, quindi la valutazione delle conoscenze era insufficiente, mentre nel post-test si sono raggiunti livelli di sufficienza o superiori ( $\geq 6$ ). I valori del punteggio totale sui test I e II e la loro differenza sono statisticamente significativi, pertanto, si può affermare che c'è stato un miglioramento tangibile nella preparazione nei due tempi. Dopo l'analisi dei questionari di valutazione del concetto di leadership invece, prima dei corsi, i coordinatori si percepiscono dei leader per il 70% e nel secondo punto di valutazione la percentuale raggiunge l'82,5%, questo significa che hanno compreso il ruolo e le competenze che dovevano ottenere per svolgere il proprio lavoro secondo standard internazionali. La leadership è considerata un'abilità che può essere acquisita attraverso l'istruzione (Farver et al., 2016) (AlFadhlah & Elamir, 2019). Inoltre, questa percezione è stata anche rilevata negli infermieri, non solo dai coordinatori infermieristici: difatti prima della formazione, il 65,5% dei follower credeva



che il coordinatore potesse essere il loro leader; la percentuale sale all'80% post-formazione questo, sta a significare che i coordinatori hanno cambiato il modo di lavorare e di interagire con il personale. Diversi autori affermano che un programma sviluppato per implementare le capacità di leadership e una formazione strutturata potrebbe dare una differenza sostanziale per cambiare il concetto di leadership, nella sua applicazione e nello sviluppo di queste capacità (Duygulu & Kublay, 2011) (Blegen & Severinsson, 2011) (Carrara et al., 2018) (Vreeling et al., 2019). Prima del corso, i coordinatori consideravano il miglior stile di leadership la combinazione di orientamento al dialogo e orientamento alle persone per il 65% e per gli infermieri era dell'80%. Al termine del corso non abbiamo riscontrato una sostanziale differenza nella percezione nei coordinatori ma, c'è un importante cambiamento importante nella percezione dei followers, arrivando al 92,5%.

All'inizio dello studio, i leader non si sentivano all'altezza del ruolo e si valutavano con una media di 3 dove, l'elemento che ha ottenuto il punteggio maggiore era "Chiarisco i dubbi dei followers sui loro compiti" e quello che ha ottenuto il minore punteggio era "So ascoltare i followers". C'è una differenza importante tra i due ospedali, a Duhok la percezione dei coordinatori rispetto alle loro competenze era molto più bassa (media=2,7) e ad Erbil (media=3,4). La voce con il punteggio più alto per i followers era "Conosco il momento per raggiungere i miei obiettivi" (media = 3,9) mentre quelle con i punteggi più basso erano "Il mio leader mi ascolta", "Sono influenzato dal mio leader, per ampliare capacità nella ricerca di risultati efficaci" e "Il mio leader definisce con me gli obiettivi da raggiungere" (media=3,1). Per gli infermieri, la percezione dei loro coordinatori infermieristici è stata in media di 3,4, con una differenza di 3,6 nella città di Duhok e di 2,9 a Erbil. Schwartz et al., sostengono che la leadership trasformazionale può aumentare la soddisfazione sul lavoro degli infermieri e l'impegno per l'organizzazione e la cultura organizzativa (Schwartz et al., 2011). Visti i risultati dei questionari, durante la formazione sul campo si è cercato di rafforzare la leadership dei coordinatori, soprattutto dal punto di vista della comunicazione e dell'influenza del personale.

Dopo la formazione, l'autovalutazione dei coordinatori è salita a 3,7, con una differenza maggiore tra il pre-post nella città di Duhok (media da 2,7 a 3,7). Per Warren (et al., 2016) i leader devono tirare fuori il meglio dai loro follower (infermieri), nel nostro studio la percezione degli infermieri, invece, è cambiata poco, da una variazione media di 3,4 a 3,6. Sebbene i dati forniscano nuove informazioni sulle pratiche di leadership infermieristica nella Regione Autonoma del Kurdistan, studi futuri con un campione più ampio di ospedali, potrebbero fornire una visione più generale sulla leadership in un paese a reddito medio-alto (Warren et al., 2016).

## CONCLUSIONE

Il feedback complessivo di questo progetto pilota è stato positivo e i risultati hanno mostrato che i coordinatori infermieristici hanno appreso il fondamentale ruolo della formazione manageriale e della leadership, applicandola al lavoro quotidiano. La qualità della soddisfazione dei coordinatori è aumentata, migliorando e sviluppando le loro capacità interpersonali per implementare le relazioni aperte e congruenti basate sulla fiducia reciproca e cercando di mettere in pratica ogni giorno quanto appreso durante la formazione. Come si evince dai risultati dello studio, la qualità del coordi-

namento è notevolmente migliorata nella gestione e nella leadership. I nostri risultati servono quindi come base per future indagini sulla comprensione non solo del livello delle capacità di leadership ma, anche, delle condizioni che possono contribuire all'implementazione della figura del coordinatore infermieristico altri ospedali in Iraq. Con questo studio, inoltre, abbiamo evidenziato la necessità di creare un curriculum specifico per i coordinatori in una realtà molto complessa come quella del Kurdistan iracheno.

## BIBLIOGRAFIA

- Aberese-Ako, M., Agyepong, I. A., & van Dijk, H. (2018). Leadership styles in two Ghanaian hospitals in a challenging environment. *Health Policy and Planning*, 33(suppl\_2), ii16-ii26. <https://doi.org/10.1093/heapol/cz038>
- AbuAlRub, R. F., & Alghamdi, M. G. (2012). The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 668-678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01320.x>
- AlFadhlah, T., & Elamir, H. (2019). Exploring leadership styles in government hospitals in Kuwait. *Leadership in Health Services (Bradford, England)*, 32(3), 458-476. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2018-0059>
- Arnold, K. A., Connelly, C. E., Walsh, M. M., & Martin Ginis, K. A. (2015). Leadership styles: emotion regulation, and burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 481-490. <https://doi.org/10.1037/a0039045>
- Awqati, N. A., Ali, M. M., Al-Ward, N. J., Majeed, F. A., Salman, K., Al-Atak, M., & Al-Gasseer, N. (2009). Causes and differentials of childhood mortality in Iraq. *BMC Pediatrics*, 9, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-9-40>
- Blegen, N. E., & Severinsson, E. (2011). Leadership and management in mental health nursing. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 487-497. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01237.x>
- Boyle, D. K., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q., & Taunton, R. L. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 8(6), 361-371. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10553177>
- Carrara, G. L. R., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H. L., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2018). Use of instruments to evaluate leadership in nursing and health services. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(3), e0060. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0060>
- Casida, J., & Parker, J. (2011). Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 478-486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01252.x>
- Duygulu, S., & Kublay, G. (2011). Transformational leadership training programme for charge nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 633-642. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05507.x>
- Farver, C. F., Smalling, S., & Stoller, J. K. (2016). Developing leadership competencies among medical trainees: five-year experience at the Cleveland Clinic with a chief residents' training course. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 24(5), 499-505. <https://doi.org/10.1177/1039856216632396>
- Keathlotswete, L., & Maletse, L. (2019). Coaching Efficacy, Player Perceptions of Coaches' Leadership Styles, and Team Performance in Premier League Soccer. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 90(1), 71-79. <https://doi.org/10.1080/02701367.2018.1563277>
- Lei, C., & Palm, K. (2021). Crisis Resource Management Training in Medical Simulation. In *StatPearls*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31869172>
- Mulenga, R. M., Nzala, S., & Mutale, W. (2018). Establishing common leadership practices and their influence on providers and service delivery in selected hospitals in Lusaka province, Zambia. *Journal of Public Health in Africa*, 9(3), 823. <https://doi.org/10.4081/jphia.2018.823>
- Neves, V. R., & Sanna, M. C. (nd). Concepts and practices of teaching and exercise of leadership in Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 733-740. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20166904171>
- Pfeiffer, E., Owen, M., Pettitt-Schieber, C., Van Zeeil, R., Srofenyoh, E., Olufolabi, A., & Ramaswamy, R. (2019). Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Medical Education*, 19(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1463-8>
- Rajashekara, S., Naik, A. D., Campbell, C. M., Gregory, M. E., Rosen, T., Engbreton, A., & Godwin, K. M. (2020). Using a Logic Model to Design and Evaluate a Quality Improvement Leadership Course. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(8), 1201-1206. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003191>
- Schwartz, D. B., Spencer, T., Wilson, B., & Wood, K. (2011). Transformational leadership: implications for nursing leaders in facilities seeking magnet designation. *AORN Journal*, 93(6), 737-748. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.032>
- Vreeling, K., Kersenmakers, W., Gillessen, L., van Dierendonck, D., & Speckens, A. (2019). How medical specialists experience the effects of a mindful leadership course on their leadership capabilities: a qualitative interview study in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(12), e031643. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031643>
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15-24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>



Address correspondence to:

**Federica Buzzi** - Coordinatore della formazione clinica per le terapie intensive neonatale/pediatria - E.U. Project MADAD, Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli, Duhok, KR - Iraq  
Via Marsala 44b - 20900 - Monza (MB) Italy  
buzzi.federica@hsr.it  
ORCID: 0000-0002-6470-9436

## CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori affermano di non avere conflitti di interessi

## FINANZIAMENTI

Gli autori affermano di non aver avuto nessun tipo di finanziamento per svolgere la ricerca

Tabella 1. Analisi statistica e p-value del test di Student sulla percezione dei leader prima-dopo la formazione

	Risultati prima del training						Risultati prima del training						P-VALUE
	n	Media	Mediana	SD	Minimo	Massimo	n	Media	Mediana	SD	Minimo	Massimo	
So ascoltare i followers	20	2,5	2	0,8	1	4	17	3,8	4	0,9	2	5	<b>0,05</b>
Mantengo l'interesse dei followers nella conversazione e nella continuità del dialogo	20	3,2	2	0,6	2	5	17	3,9	4	1,1	1	5	
Consiglio i followers e soddisfo le loro esigenze personali	20	3,4	3	0,9	2	5	17	3,8	4	1	2	5	
Uso la comunicazione verbale e presto attenzione alla comunicazione non-verbale nel dialogo con i followers	20	3,2	2	0,6	2	5	17	3,8	4	0,8	2	5	
Creo una comunicazione efficace nei rapporti di lavoro con i followers	20	2,8	2	1,2	2	5	17	4	4	0,9	2	5	
Oriente i followers e mostro come possono essere eseguiti i compiti, in base alle loro esigenze	20	3,2	3	0,6	2	5	17	3,9	4	1,1	1	5	
Chiarisco i dubbi dei followers riguardo ai loro compiti	20	3,8	4	1	2	5	17	3,4	3	1,1	2	5	
Riconosco e apprezzo i followers per quello che fanno o per come si comportano	20	3	3	1,1	2	5	17	3,8	4	0,9	2	5	
Reindirizzo i followers mostrando loro un nuovo percorso da seguire quando non raggiungono la performance attesa	20	2,8	3	0,7	2	5	17	3	4	1	1	5	
Accompano periodicamente i followers durante le loro attività	20	3	3	0,7	1	5	17	3,8	4	1	1	5	
Incoraggio la pratica del feedback con i followers	20	3	3	1,1	2	5	17	3,8	4	0,7	2	5	
Esercito influenza sui followers, ampliando le loro competenze a favore di risultati efficaci	20	3	3	0,9	1	5	17	3,7	4	1	2	5	
Condivido le decisioni con i followers	20	2,9	2	1,3	2	5	17	3,6	4	1,4	1	5	
Delego alcune attività con i followers, condividendo le responsabilità	20	2,9	2	1,2	2	5	17	3,5	4	1,3	1	5	
Mi assumo la responsabilità dello sviluppo dei followers	20	2,3	2	0,9	2	5	17	4,4	4	1,1	1	5	
Sono a disposizione dei followers per aiutarli quando hanno dei dubbi o delle difficoltà professionali	20	2,9	2	1,3	1	5	17	4	4	0,9	2	5	
Chiedo il parere dei followers per modificare una procedura o per proporre un cambiamento operativo	20	3,2	2	1,3	1	5	17	3,6	4	1,2	2	5	
Aiuto nella definizione degli obiettivi tutti i followers all'interno del mio gruppo	20	3,5	3	1,1	2	5	17	3,6	4	1,3	1	5	
Espongo periodicamente i risultati ottenuti da ogni follower	20	2,9	2	1,2	2	5	17	3,8	4	1,2	2	5	
Fornisco ad ogni follower il tempo necessario in modo che gli obiettivi siano raggiunti	20	2,6	2	1,1	1	5	17	3,7	4	1	1	5	
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>3,7</b>	<b>4</b>	<b>1,1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	

**Tabella 2. Analisi statistica e p-value del test di Student alla percezione dei follower prima-dopo la formazione**

	Risultati prima del training						Risultati dopo del training						P-VALUE
	n	Media	Media-na	SD	Minimo	Massimo	n	Media	Media-na	SD	Minimo	Massimo	
Il mio leader mi sa ascoltare	152	3,1	3	1,4	1	5	145	3,3	3	1,1	1	5	<b>0,01</b>
Ricevo attenzione e interesse dal leader nel mantenere il dialogo	152	3,8	4	1,3	1	5	145	3,7	4	1	1	5	
Ricevo orientamenti dal leader quando ho bisogno di soddisfare le mie esigenze personali	152	3,3	3	1,3	1	5	145	3,5	4	1	1	5	
Uso la comunicazione verbale e faccio attenzione alla comunicazione non verbale nel dialogo con il mio leader	152	3,2	3	1,3	1	5	145	3,3	3	0,9	1	5	
Contribuisco a una comunicazione efficace nei rapporti di lavoro con il mio leader	152	3,5	4	1,4	1	5	145	3,7	4	1	1	5	
Ricevo orientamento dal mio leader e dimostrazioni sul come dovrei svolgere i miei compiti, in base alle mie esigenze	152	3,4	4	1,4	1	5	145	3,6	4	1,1	1	5	
Ricevo spiegazioni dal mio leader quando do domande sui miei compiti	152	3,5	4	1,4	1	5	145	3,7	4	1	1	5	
Sono riconosciuto e apprezzato dal leader per quello che faccio o per il modo in cui mi comporto	152	3,4	4	1,4	1	5	145	3,5	3	1	1	5	
Sono orientate a seguire un nuovo percorso quando non corrisponde alle prestazioni attese	152	3,6	4	1,3	1	5	145	3,4	4	1	1	5	
Sono accompagnate periodicamente dal mio leader durante il mio lavoro	152	3,7	4	1,3	1	5	145	3,5	4	1,1	1	5	
Ricevo e do feedback al leader	152	3,3	4	1,3	1	5	145	3,4	3,5	0,9	1	5	
Sono influenzato dal mio leader, è in grado di ampliare le mie competenze nella ricerca di risultati efficaci	152	3,1	3	1,4	1	5	145	3,4	4	1	1	5	
Il mio leader condivide le decisioni insieme a me	152	3,4	4	1,4	1	5	145	3,5	4	1,1	1	5	
Ricevo orientamento dal mio leader per esercitare delle attività e percepisco la condivisione della responsabilità	152	3,3	4	1,4	1	5	145	3,7	4	1	1	5	
Il mio leader contribuisce alla mia crescita professionale	152	3,5	4	1,4	1	5	145	3,7	4	1	1	5	
Il mio leader è a mia disposizione per aiutarmi quando ho una difficoltà professionale	152	3,5	4	1,4	1	5	145	3,7	4	1	1	5	
Il mio leader apprezza la mia opinione nel modificare una procedura o nel proporre un cambiamento operativo	152	3,3	4	1,4	1	5	145	3,6	4	1	1	5	
Il mio leader definisce con me gli obiettivi da raggiungere	152	3,1	3	1,4	1	5	145	3,5	4	1	1	5	
Il mio leader mi espone periodicamente i miei risultati	152	3,2	4	1,4	1	5	145	3,5	4	1	1	5	
Conosco i tempi per raggiungere il mio obiettivo	152	3,9	5	1,4	1	5	145	4	4	1	1	5	
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>145</b>	<b>3,6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	



**Elena Barnabba**

Infermiera, Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta "La Meridiana", Padova e.barnabba@gruppopolis.it (Co- Author)

RN, Protected Rehabilitation Therapeutic Community "La Meridiana", Padova e.barnabba@gruppopolis.it (Corresponding Author)

**Federica Lacarbonara**

MSN, RN, tutor didattico CLI Azienda Ospedale- Università di Padova

MSN, RN, didactical tutor for bachelor in Nursing Science, University Hospital of Padua

# Il self-care e il self-management nelle neoplasie ematologiche: studio osservazionale sulla percezione del paziente presso il DH di Ematologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedale - Università di Padova

*The self-care and the self-management in hematological malignancies: an observational study on patient perspective at the Day Hospital unit of Hematology and Clinical Immunology of the Azienda Ospedale - Università di Padova*

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** L'attuale scenario post pandemico italiano ed estero ha imposto ai sistemi sanitari e a tutti i professionisti che erogano assistenza, di puntare l'attenzione sul concetto di autocura. L'autocura, secondo la teoria a medio raggio di Riegel, Jaarsma e Strömberg (2012), è un processo che avviene sia nel paziente ammalato che nel paziente sano, attraverso il quale egli mantiene stabile il proprio stato di salute attuando uno stile di vita salubre attraverso il self-care maintenance, monitorando eventuali cambiamenti mediante il self-care monitoring e gestendo l'eventuale stato di malattia o gli effetti collaterali dei farmaci assunti con il self-care management. Un buon livello di self-care, posseduto dagli assistiti e ottenuto attraverso specifici interventi educativi, rappresenta un beneficio non solo per il paziente e per la sua qualità di vita, ma anche per il sistema sanitario in quanto riduce le ospedalizzazioni e quindi i relativi costi (Howell, Harth, Brown, Bennett & Boyko, 2017). Gli studi che analizzano il concetto di self-care e self-management nell'ambito ematologico sono scarsi. Il presente studio si pone quindi l'obiettivo di valutare i livelli di self-care e di self-management percepiti dai pazienti affetti da neoplasie ematologiche in trattamento chemioterapico ambulatoriale presso il Day

Hospital di Ematologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedale - Università di Padova. **Metodi.** Lo studio consiste in un'indagine osservazionale prospettica condotta su un campione di 40 soggetti di età superiore ai 18 anni, con diagnosi di neoplasia ematologica in trattamento chemioterapico ambulatoriale da almeno 6 mesi, presso il reparto Day Hospital dell'U.O. di Ematologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedale - Università di Padova. Lo strumento utilizzato per osservare il livello di self-care è il "Leuven questionnaire for Patient Self-Care during Chemotherapy" (L-PaSC) (Coolbrandt et al., 2013), somministrato direttamente ai pazienti in forma cartacea all'interno del proprio setting di cura. Inoltre, sono stati analizzati gli eventuali rapporti tra livelli di self-management e determinate variabili, fra le quali il sesso, l'età, il livello di istruzio-



ne degli assistiti, la presenza di caregivers, la tipologia di neoplasia ematologica e il numero di comorbidità. **Risultati.**

La media dei punteggi di L-PasC è pari a 87,18 (I.C. 95% = 84,98 – 89,39; DS = ± 6,92) e il 50% del campione ha ottenuto un punteggio totale della scala fra 82,35 e 94,28. Esiste una debole correlazione inversa fra età e punteggio ( $r = -0,338$ ,  $p$ -value = 0,03); il campione di sesso femminile ha totalizzato un punteggio maggiore rispetto al campione di sesso maschile ( $r = -0,05$ ,  $p$ -value = 0,02), così come il campione con scolarità superiore-laurea ha totalizzato un punteggio maggiore rispetto al gruppo di soggetti con scolarità elementare-media e presenta una correlazione diretta moderatamente forte con esso ( $r = 0,503$ ,  $p$ -value = 0,03). **Discussione e conclusioni.** Il livello di self-care e self-management riportato dai pazienti con neoplasie ematologiche è generalmente buono, malgrado essi ribadiscano la necessità di ampliare gli interventi dispensati dal personale sanitario per il trattamento degli effetti collaterali e necessitano di approfondire le conoscenze, rispetto ai comportamenti preventivi, nei confronti della propria salute. Inoltre, si è evidenziato come il self-care sia influenzato da alcune variabili (età, sesso e livello d'istruzione); ciò deve essere considerato dal personale infermieristico, nelle attività di educazione all'implementazione del self-care maintenance, del self-care monitoring e del self-care management. In tale scenario si denota l'importanza dell'infermiere, figura professionale chiave per l'acquisizione di competenze indispensabili per un buon sviluppo di self-care.

#### Parole chiave.

Self-care, self-management, oncoematologia.

#### SUMMARY

**Background.** The current Italian and foreign post-pandemic healthcare scene has forced healthcare systems and all healthcare providers to focus on the concept of self-care. According to the middle-range theory of self-care by Riegel, Jaarsma and Strömberg (2012), self-care is a process that occurs both in the sick patients and in the healthy ones; through this process patients maintain stable their disease by implementing a healthy lifestyle through self-care maintenance, monitoring any changes through self-care monitoring and managing any disease exacerbation or drug side-effects with self-care management. The patient good self-care level, obtained through specific educational interventions, represents a benefit not only for the patient and his quality of life, but also for the healthcare systems because it reduces hospitalizations and therefore the relative costs (Howell, Harth, Brown, Bennett & Boyko, 2017). Studies analyzing the concept of self-care and self-management in hematology are poor. The aim of this study is therefore to assess the levels of self-care and self-management perceived by patients with hematological neoplasms in outpatient chemotherapy treatment at the Day Hospital of Hematology and Clinical Immunology of the University Hospital of Padua. **Methods.** This is a prospective observational study conducted on a sample of 40 subjects over the age of 18, diagnosed with hematological malignancy in outpatient chemotherapy treatment, for at least 6 months at the Day Hospital of the U.O. of Hematology and Clinical Immunology of the University Hospital of Padua. The "Leuven questionnaire for Patient Self-Care during Chemotherapy" (L-PaSC) (Coolbrandt et al., 2013) was used to describe the level of self-care, directly administered to patients in paper form in the ward. Fur-

thermore, possible relationships between self-management levels and certain variables, including gender, age, education level, the presence of caregivers, the type of hematological neoplasm and the number of co-morbidities are analyzed. **Results.** The mean L-PasC score is 87.18 (95% CI = 84.98 – 89.39; SD = ± 6.92) and 50% of the sample obtained a total score of the scale between 82.35 and 94.28. There is a weak inverse correlation between age and score ( $r = -0.338$ ,  $p$ -value = 0.03); the female sample scored higher than the male sample ( $r = -0.05$ ,  $p$ -value = 0.02), as well as the sample with higher education-degree scored a higher score than the elementary-average school and has a direct moderately strong correlation with it ( $r = 0.503$ ,  $p$ -value = 0.03,  $r = 0.503$ ). **Discussion and conclusions.** The level of self-care and self-management reported by patients with hematological neoplasms is generally good, even though they reiterate the need to expand the interventions provided by healthcare providers for the treatment of side effects and need to deepen the knowledge, with respect to preventive behavior, towards their health. Furthermore, it was highlighted that self-care is influenced by some variables (age, gender and degree of education); this must be considered by nursing staff, in education activities to implement self-care maintenance, self-care monitoring and self-care management. In this context much more importance is given to the nurse who is a key professional figure for the acquisition of essential skills for a good self-care development.

**Keywords.** Self-care, self-management, onco-haematology

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Il self-care, secondo la teoria a medio raggio di Riegel, Jaarsma e Strömberg (2012), è un processo che avviene sia nel paziente ammalato che nel paziente sano, attraverso il quale la persona si impegna a mantenere il proprio stato di salute adottando uno stile di vita salubre attraverso il self-care maintenance, monitorando eventuali cambiamenti mediante il self-care monitoring e gestendo l'eventuale stato di malattia o gli effetti collaterali dei farmaci assunti con il self-care management. Secondo Biagioli, Drury, Wells, Eicher e Kelly (2020) tale teoria, seppur nata nell'ambito delle patologie croniche, trova una possibile applicazione in oncologia, in quanto anche i soggetti affetti da neoplasie desiderano mantenere il proprio stato di salute (self-care maintenance), monitorare i cambiamenti espressi attraverso segni e sintomi (self-care monitoring) e mettere in atto degli interventi per trattare questi cambiamenti (self-care management).

Il self-care teorizzato da Riegel et al. (2012) può avere interessanti risvolti nella cura alla persona affetta da patologie ematologiche, malgrado non sia stato ampiamente trattato in letteratura per questa specifica categoria di pazienti. Infatti, ciò che viene riscontrato è proprio l'elevata gravità dei sintomi che affliggono i soggetti con tumori ematologici, l'influenza negativa che questi hanno sulla loro qualità di vita e la necessità che i pazienti implementino, per tale motivo, comportamenti di symptom management (Chan et al., 2022). I motivi per cui è importante valutare e supportare le strategie di self-care e self-management nei soggetti con malattie ematologiche, sono legati a diversi aspetti. Per prima cosa spesso le neoplasie ematologiche si sviluppano secondo un decorso cronico, come nel caso delle leucemie croniche e del mieloma multiplo. Secondo, a differenza dei tumori solidi, in cui spesso la soluzione terapeutica può essere la chirurgia, il trattamento princi-

pale, nei tumori ematologici, è rappresentato dalla chemioterapia e dal trattamento sintomatico degli effetti collaterali di quest'ultima (Allart, Soubeyran & Cousson-Gélie, 2013). Entrambi questi aspetti richiamano il concetto di aderenza, non solo agli schemi di trattamento, ma anche alle indicazioni che il personale sanitario può fornire al paziente; queste indicazioni riguardano sia le norme di prevenzione (self-care maintenance) e riconoscimento tempestivo delle complicanze (self-care monitoring), che le strategie per gestirle (self-care management) (Riegel, Jaarsma & Strömberg, 2012). Così come nei pazienti affetti da tumori solidi anche nei pazienti ematologici sottoposti alla chemioterapia ambulatoriale, è stata riscontrata una scarsa aderenza alle indicazioni dei curanti e agli schemi terapeutici domiciliari, probabilmente a causa delle ridotte occasioni di contatto con i professionisti sanitari. Questo comporta pertanto, che la persona affetta da patologia onco-ematologica, abbia una difficoltà maggiore a rilevare e gestire gli eventuali eventi avversi o legati al trattamento per la neoplasia, o all'evoluzione infausta della neoplasia stessa (Chan et al., 2022).

Qualora questi eventi avversi dovessero verificarsi, comprometterebbero la qualità di vita dei soggetti con neoplasie onco-ematologiche la quale, invece, potrebbe essere garantita se il soggetto ricevesse supporto nel conoscere e implementare adeguate strategie di self-care e self-management (Coolbrandt et al., 2016). Risulta perciò importante, al fine di poter prevenire o gestire in maniera più efficace gli eventuali eventi avversi legati o al trattamento chemioterapico, o alle conseguenze che esso comporta, che l'infermiere sia in grado di rilevare i livelli di self-care e self-management dei pazienti ematologici al fine di pianificare interventi educativi target di sostegno e supporto al self-care nel paziente stesso. La figura dell'infermiere più di altre risulta detenere un ruolo particolarmente centrale nel processo di cura alla persona con problematiche ematologiche, in quanto si trova in una posizione privilegiata e di fiducia nei confronti dei pazienti (Alleyne, Hancock & Hughes, 2011). Egli è colui che si trova maggiormente a contatto con i pazienti, spesso accogliendone dubbi e problematiche; in particolare, gli infermieri che lavorano in oncologia guidano i pazienti nel soddisfare i loro bisogni di self-care (Serce et al., 2022). Inoltre, gli infermieri stessi possono avere un serio impatto sugli outcomes di cura, sia in senso positivo che in quello negativo, in quanto trascorrendo più tempo con i pazienti e caregivers la relazione con essi diventa terapeutica (Kwame & Petrucka, 2021).

Considerati tali presupposti, l'obiettivo dello studio è stato quello di valutare la percezione dei livelli di self-care e self-management dei pazienti affetti da neoplasie ematologiche in trattamento antineoplastico in regime ambulatoriale e valutare quali dei fattori sociodemografici e legati alla storia di malattia analizzati, potevano essere correlati ai livelli di self-management o self-care degli intervistati stessi.

## MATERIALI E METODI

È stata svolta un'indagine osservazionale prospettica la cui raccolta dati è stata condotta nel mese di luglio 2021, presso il reparto Day Hospital di Ematologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedale - Università di Padova. Il campione dello studio è costituito da 40 soggetti affetti da neoplasie ematologiche, in particolare il linfoma di Hodgkin e non Hodgkin, la leucemia linfoblastica acuta e il mieloma multiplo. I criteri di inclusione inoltre comprendono la

maggiore età (18 anni), il possedere inalterate capacità cognitive per rispondere adeguatamente alle domande del questionario e lo svolgimento del trattamento chemioterapico ambulatoriale da almeno sei mesi, in qualsiasi fase del percorso terapeutico. Quest'ultima scelta è stata dettata dal fatto che il paziente deve possedere una minima esperienza e/o conoscenza, degli effetti collaterali che si possono sperimentare a domicilio. Infine, ogni paziente ha fornito il proprio consenso a partecipare allo studio (il cui svolgimento è stato autorizzato sia dal direttore dell'unità operativa, che dal dipartimento delle professioni sanitarie dell'azienda ospitante) in maniera anonima dopo essere stato adeguatamente informato, sia verbalmente che per iscritto, con informativa che rispetta i criteri previsti dalla normativa Europea

Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è il "Leuven questionnaire for Patient Self-Care during Chemotherapy (L-PaSC)", sviluppato e validato da Coolbrandt et al. (2013), il quale ha l'obiettivo di valutare i comportamenti di autocura riportati dai pazienti durante il trattamento chemioterapico (vedi allegato 1). Rispetto ad altri strumenti esistenti, esso non si occupa soltanto del symptom-management e dell'accertamento dei sintomi derivanti dagli effetti collaterali della chemioterapia, ma rappresenta uno strumento ampio, in grado di valutare molti aspetti del self-care nel paziente in trattamento antitumorale. Lo strumento, disponibile in inglese, è stato autonomamente tradotto in italiano, dopo l'autorizzazione da parte di Coolbrandt A., ed è stata aggiunta una sezione preliminare per la raccolta di dati demografici. Il questionario consta di 22 items suddivisi in 12 domande principali con rispettivamente 7 e 5 sotto-domande rispetto ai comportamenti di autocura. L'aderenza alle raccomandazioni di autocura nella vita quotidiana è valutata con una scala Likert a 5 punti, mentre le domande che trattano l'aderenza alla chemioterapia orale e ai farmaci per gli effetti collaterali, così come l'aderenza ai consigli di autocura, sono rilevate attraverso una scala visuo-analogica (VAS) da 0 a 100%. Sintomi come dolore e astenia sono valutati con scala numerica unidimensionale (NRS), infine il resto di domande sono a risposta multipla, con possibilità di selezionare più risposte per quanto riguarda la parte del self-management dei sintomi. Il punteggio totale dipende dalle risposte che il paziente formula per ogni item, le quali vengono valutate a seconda dell'adeguatezza rispetto al topic della domanda. Identificando gli items con punteggio basso o le aree deficitarie da un punto di vista di correttezza dei comportamenti messi in atto dai pazienti, diventa più facile per il personale sanitario ottenere un riscontro rispetto agli interventi educativi dispensati ai pazienti ed è possibile implementare, quindi, strategie maggiormente mirate ed efficaci. Dal punto di vista delle proprietà psicometriche, lo strumento presenta un buon grado di affidabilità interna ( $\alpha$  di Cronbach pari a 0.76) e una validità di contenuto di scala (S-CVI: Scale Content Validity) pari a 0.94 (Coolbrandt et al., 2013).

I dati raccolti sono stati dapprima organizzati in un foglio elettronico di calcolo con Microsoft Excel 2019 e successivamente analizzati attraverso la statistica descrittiva attraverso il programma "Statgraphics Centurion 19". La tipologia di distribuzione dei dati raccolti è stata verificata attraverso il test di normalità di Shapiro-Wilk, successivamente è stato scelto il test non parametrico di Kruskal-Wallis, scelto data la distribuzione non normale dei dati nel campione. Per l'analisi di un'eventuale correlazione tra le variabili che hanno ottenuto un livello di significatività maggiore col test



di Kruskal-Wallis è stato calcolato il coefficiente di correlazione  $r$  di Bravais – Pearson. Tutti i risultati ottenuti dai test statistici sono stati ritenuti significativi per  $p$ -value ( $\alpha$ ) inferiori allo 0.05.

## RISULTATI

Le caratteristiche demografiche generali del campione sono state analizzate descrittivamente e riassunte nella tabella 1. Osservando dettagliatamente alcune variabili, risulta che l'età minima del campione è di 25 anni (Q1) e l'età massima di 87 (Q4); l'età media totale

è di 63 anni (IC95% = 58,25 – 68,05) con una deviazione standard (DS) pari a  $\pm 15,8$ ; in particolare nei maschi è di 65 anni (DS =  $\pm 14,2$ ) e nelle femmine di 61 anni (DS =  $\pm 17,6$ ). Per quanto riguarda l'età totale, la mediana (Q2) è pari a 69,5 anni.

Per quanto concerne la scolarità, invece, più della metà del campione considerato (55%) possiede la licenza media inferiore, mentre soltanto il 27,5% e il 7,5% possiede rispettivamente la licenza media superiore e la laurea; in particolare, tutti i soggetti laureati (100%) sono di sesso femminile.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione (n = 40).

Variabili e osservazioni	Frequenza assoluta (n)	Frequenza relativa percentuale %	Variabili e osservazioni	Frequenza assoluta (n)	Frequenza relativa percentuale %
<b>Sesso</b>			<b>Caregivers</b>		
M	21	52,5	Presenza	36	90
F	19	47,5	Assenza	4	10
<b>Scolarità</b>			<b>Occupazione</b>		
Elementare	4	10	Disoccupazione	3	7,5
Media	22	55	Lavoro	13	32,5
Superiore	11	27,5	Pensione	23	57,5
Università	3	7,5	Studio	1	2,5
<b>Età</b>			<b>Periodo in cura</b>		
25-34	4	10	6 mesi	2	5
35-44	3	7,5	1 anno	14	35
45-54	1	2,5	2 anni	12	30
55-64	8	20	3 anni	6	15
65-74	17	42,5	4 anni	5	12,5
75-84	6	15	5 anni	1	2,5
85-94	1	2,5			
<b>Patologia ematologica</b>			<b>Accessi ambulatori</b>		
LDH	4	10	Ogni settimana	13	32,5
LLA	8	20	Ogni due settimane	18	45
LHN	12	30	Ogni tre settimane	7	17,5
MM	16	40	Ogni quattro settimane	2	5
<b>Quantità farmaci assunti</b>			<b>Tipologia chemioterapia</b>		
1-3	9	23	Citotossica	25	62,5
4-5	27	68	Citotossica e anticorpo monoclonale	8	20
>6	4	10	Citotossica e farmaco biologico	7	17,5
<b>Quantità comorbilità</b>			<b>Comorbilità</b>		
1	9	36	Presenza	25	62,5
2	12	48	Assenza	15	37,5
3	1	4			
>3	3	12			

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dalla somministrazione di L-PasC, nella sezione di domande che indagano le competenze di self-management degli effetti collaterali della chemioterapia o più semplicemente della malattia tumorale, le percentuali di risposta maggiori hanno riguardato le seguenti complicanze con i relativi interventi:

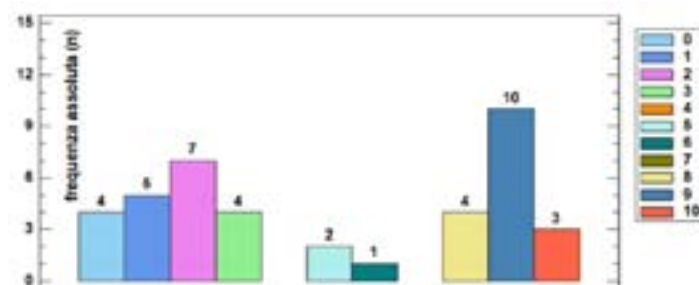
- Infezioni e lesioni del cavo orale (es. mucosite); il 35% degli intervistati ha avuto pochi problemi ma nonostante questo è riuscito ad alimentarsi, il 22,5% ha avuto abbastanza problemi e qualche difficoltà ad alimentarsi mentre il 42,5% non ne ha mai sofferto. Gli interventi messi in atto dai pazienti per il trattamento di tale problema sono stati l'uso di collutori (47,4%) e spazzolini morbidi (21,1%), l'ispezione del cavo orale (26,3%) e la discussione con i professionisti sanitari (8,7%).
- Problemi cutanei (es. rash cutaneo, edema); il 52,5% non ha notato dei cambiamenti sulla pelle, il 35% non ha avuto problemi seri mentre il 12,5% ha avuto problemi cutanei che hanno intaccato le attività quotidiane. I provvedimenti attuati dai soggetti sono stati principalmente l'utilizzo di creme od olii idratanti (54,8%), seguito dalla protezione della pelle contro i raggi solari (25,8%), discuterne con i professionisti sanitari (12,9%) ed evitare l'esposizione a temperature estreme (6,5%).
- Nausea; nel 35% dei casi risulta essere un problema che determina meno appetito ma che permette comunque di alimentarsi; al contrario la stessa percentuale del campione (35%) sostiene di non averne mai sofferto, mentre il 30% del campione sente spesso la nausea, beve meno e ha perso peso per tale motivo. Le azioni messe in atto dai soggetti che ne soffrono sono assumere dei farmaci prescritti contro la nausea (36,6%), discuterne con i professionisti sanitari (4,9%), fare degli spuntini fra i pasti se la nausea non si fa sentire (17,1%) e fare piccoli pasti ma frequenti (41,5%).
- Stipsi; il 30% del campione ha sofferto di costipazione, il 40% sostiene di non averla mai sperimentata e il 30% ha avuto abbastanza difficoltà che tuttavia non hanno intaccato le attività quotidiane. Tra gli interventi attuati risultano: l'aumento dell'introito di liquidi (22,2%), l'aumento di fibre negli alimenti (31,1%), la discussione con professionisti sanitari (4,4%) e prendere dei farmaci prescritti contro la costipazione (42,2%).
- Diarrea; l'80% del campione sostiene di non averne mai sofferto, il 7,5% ha avuto fino a 4 scariche al giorno e il 12,5% ha avuto da 4 a 6 scariche al giorno. I provvedimenti posti in atto dai soggetti sono l'aumento dell'introito di liquidi (28,6%), la diminuzione dell'assunzione di fibre (33,3%), la discussione con i professionisti sanitari (28,6%) e l'assunzione di farmaci (9,5%).

Viene inoltre indagata la stanchezza percepita dal soggetto nel momento peggiore, mediante una scala visuo-analogica (VAS) che va da un punteggio di 0 (nessuna stanchezza) ad un punteggio di 10 (la peggiore stanchezza che può immaginare). La stanchezza è esperita dal 97,5% del campione; fra i livelli di stanchezza con le frequenze più alte, osserviamo che il 25% dei soggetti (n = 10) sostiene di avere una stanchezza pari a 7, il 32,5% (n = 13) un livello pari a 8 e il 12,5% (n = 5) di avere un livello di stanchezza pari a 9. Per quanto riguarda gli interventi messi in atto, il 37% dei soggetti hanno limitato le attività per le quali si stancavano di più, il 40,7% ha bilanciato il riposo e le attività, l'11,1% ha bevuto caffè e altri drink

con la caffeina, il 9,9% si è organizzato e ha chiesto aiuto, nessuno (0%) ha discusso con professionisti sanitari.

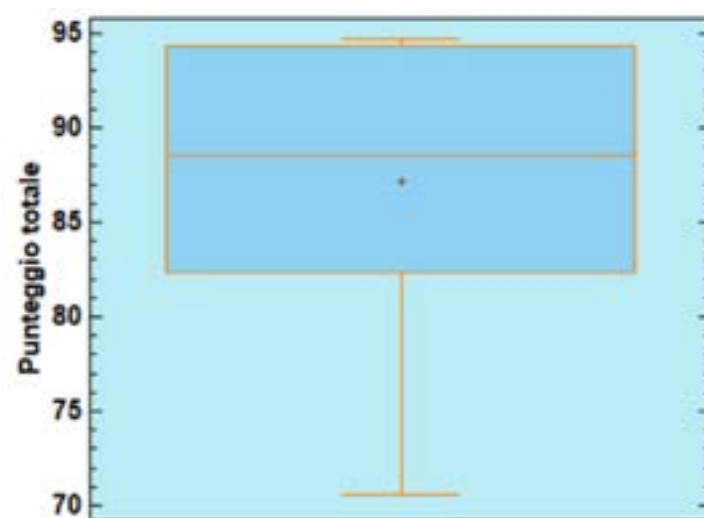
Per quanto riguarda il dolore percepito dal soggetto nel momento peggiore è stato anch'esso, come la stanchezza, rilevato tramite una scala visuo-analogica (VAS) (figura 1). Il dolore è esperito dal 90% del campione e in particolare, fra i livelli di dolore riportati dalla maggioranza del campione, osserviamo le seguenti distribuzioni: il 12,5% dei rispondenti (n = 5) riporta un dolore pari a 1, il 17,5% (n = 7) riporta un dolore pari a 2 e il 25% (n = 10) un livello pari a 9. Gli interventi attuati dal campione sono la discussione con i professionisti sanitari (21,9%) e l'assunzione di antidolorifici prescritti (62,5%); nel 15,6% dei casi i soggetti non hanno fatto nulla per contrastare il dolore.

**Figura 1. Distribuzione del livello di dolore riportato dai soggetti attraverso la VAS.**



Successivamente all'analisi descrittiva dei risultati, sono stati analizzati i punteggi complessivi del questionario ed è stato rilevato che la media dei punteggi si attesta a 87,18 (I.C.95% = 84,98 – 89,39) con una deviazione standard pari a  $\pm 6,92$ , il punteggio minimo è pari a 70,59 mentre il massimo raggiunge 94,74. Il 50% del campione ha totalizzato un punteggio compreso fra 82,35 e 94,28, mentre il 25% ha raggiunto al massimo un punteggio di 82,35 (figura 2).

**Figura 2. Box-plot del punteggio totale L-PaSC.**



Dall'analisi dell'associazione fra variabili osservate e punteggi totali medi del livello di self-care del questionario, sono state estrapolate quelle con p-value < .05, le quali sono risultate determinanti nell'influenzare il punteggio di self-care del campione. Inoltre, è

stata svolta l'analisi di correlazione tra queste e il punteggio medio di L-PaSC mediante il coefficiente di correlazione di Pearson.

La prima variabile considerata è stata l'età dei soggetti, la quale risulta possedere una differenza statisticamente significativa rispetto al punteggio medio con  $p\text{-value} = 0,03$ ; tuttavia, il coefficiente di correlazione di Pearson ( $r$ ) è uguale a  $-0,338$ , indicando una relazione inversa relativamente debole tra le variabili.

Successivamente è stata indagata l'eventuale esistenza di una differenza significativa fra il sesso e il punteggio medio del L-PaSC. I soggetti di sesso femminile hanno totalizzato un punteggio medio di L-PaSC di  $89,49$  ( $DS = \pm 5,82$ ), mentre il punteggio medio per il sesso maschile è stato di  $85,09$  ( $DS = \pm 7,29$ ). Applicando il test di Kruskal-Wallis risulta esserci una differenza statisticamente significativa fra le mediane poiché il  $p\text{-value} < 0,05$  ( $p\text{-value} = 0,02$ ), tuttavia, il coefficiente di correlazione di Pearson ( $r$ ) risulta pari a  $-0,05$  e ciò denota una correlazione pressoché nulla.

Infine, per valutare l'eventuale differenza tra il livello di scolarità e il punteggio ottenuto nel questionario, il campione è stato suddiviso in due gruppi: scolarità elementare-media e scolarità superiore-laurea. I soggetti con scolarità elementare-media hanno totalizzato un punteggio medio pari a  $85,33$  ( $DS = \pm 7,41$ ), mentre il gruppo con scolarità superiore-laurea ha raggiunto un punteggio medio pari a  $90,62$  ( $DS = \pm 4,31$ ). È stato applicato il test di Kruskal-Wallis che ha determinato un  $p\text{-value} = 0,03$ , di conseguenza risulta esserci una differenza statisticamente significativa tra i punteggi medi delle due categorie, mentre il coefficiente di correlazione di Pearson ( $r$ ) è pari a  $0,503$  che indica una correlazione diretta moderatamente forte fra tali variabili. Si veda allegato 2 per la tabella riassuntiva della distribuzione di tutte le variabili indagate con relativo  $p\text{-value}$  di associazione con punteggio medio L-PaSC.

## DISCUSSIONE

Il 50% del campione oggetto dello studio ha totalizzato un punteggio L-PaSC compreso fra  $82,35$  e  $94,28$ , mentre il 25% ha raggiunto al massimo un punteggio di  $82,35$ . Da questi risultati è possibile sostenere che solo una piccola percentuale di soggetti, all'interno del campione, ha presentato un livello medio di self-care (25%) e che la metà del campione (50%) possiede un livello di self-care medio-alto.

Andando ad osservare nel dettaglio le competenze indagate dal questionario di self-management rispetto agli effetti collaterali e alla gravità di questi, è risultata una frequenza maggiore per sintomi come la stanchezza (97,5%) e il dolore (90%), infatti nella revisione sistematica di Allart-Vorelli et al. (2015) si osserva che la fatigue rappresenta l'effetto collaterale prevalente nei soggetti affetti da neoplasie ematologiche e anche il dolore risulta presentarsi con alta frequenza. Ciò è coerente con il fatto che la stanchezza si manifesta con un'intensità media riferita di  $6,95$  da un minimo di 0 ad un massimo di 10 nella VAS da parte del campione; quindi, non solo la stanchezza risulta un sintomo pressoché pervasivo ma esso si manifesta anche con livelli medio-alti di gravità.

Per quanto riguarda la gestione della sintomatologia esperita, la totalità del campione (100%) ha riportato di conoscere e mettere in atto la maggior parte degli interventi corretti per il trattamento in autonomia. Nonostante questo, però, per quegli item che permettevano una selezione multipla di opzioni corrette, queste non sono state tutte selezionate dai soggetti; ciò, secondo gli autori,

non incide sul punteggio finale del L-PaSC ma dovrebbe essere tenuto in considerazione per una riflessione sulle competenze di self-management dei singoli pazienti. Ad esempio, l'opzione "discussione con medico o infermiere" o la sua variante "riportarlo al medico/infermiere" ha ottenuto una frequenza di risposta inferiore rispetto alle altre opzioni per tutti gli items della sezione "self-management" del questionario, classificandosi all'ultimo o al penultimo posto in rari casi, oppure addirittura non venendo scelta come nel caso della stanchezza. Questo potrebbe significare che i sintomi esperiti non fossero di grado severo ma comunque questo aspetto è degno di nota, in quanto potrebbe rappresentare un'occasione in meno di contatto con il curante il quale potrebbe non ottenere dati importanti sulla risposta ai trattamenti e sulla competenza del paziente di gestirne gli effetti collaterali. Ciò si denota fondamentalmente considerando che i problemi di salute vengono risolti più efficacemente attraverso la comunicazione (Hasanpour-Dehkordi, 2016). A questo riguardo, esistono delle barriere che impediscono agli infermieri di dedicare il tempo adeguato alla trasmissione di informazioni indispensabili durante il trattamento, legate sia al contesto lavorativo e sia allo stile comunicativo da essi adottato (Kwame & Petrucka, 2021). Ad esempio, nel caso del dolore, la discussione con il personale sanitario è un intervento scelto solo dal 21,9% del campione per la gestione del dolore e ciò potrebbe essere ricondotto alla sensazione di intrusione, da parte del soggetto, nel porre quesiti al personale sanitario al momento della visita di controllo oppure potrebbe essere legato alla mancanza di un momento di confronto e di discussione strutturato e dedicato durante il percorso terapeutico.

Sempre nell'ambito della problematica dolore la gestione del sintomo riportata dalla maggioranza dei soggetti è l'assunzione di farmaci antidolorifici (62,5%). Probabilmente ciò è legato all'alto impatto che il dolore ha sulle attività di vita quotidiana, il quale richiede al soggetto un intervento che abbia lo scopo di sedare il sintomo il più velocemente possibile. Non è stato così per altri effetti collaterali che potrebbero essere trattati con i farmaci, come la nausea, la stipsi e la diarrea, per i quali il ricorso alla terapia farmacologica è stato nettamente inferiore. Infatti, applicando il test di Kruskal-Wallis risulta esserci una differenza statisticamente significativa fra le mediane delle frequenze assolute degli effetti collaterali ( $p < .01$ ); ciò potrebbe indicare che per i sintomi maggiormente presenti e invalidanti (ad es. il dolore) il ricorso alla farmacologia è preponderante rispetto ad altri possibili interventi. In letteratura è stato osservato che anche in presenza di un effetto collaterale che interferisce molto con la qualità di vita, come la nausea, i pazienti non erano stati adeguatamente informati su quale terapia farmacologica assumere per alleviare tale sintomo (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2013). Questo potrebbe essere indicativo per spiegare il motivo per il quale determinati sintomi non sono stati considerati dai pazienti trattabili con terapia farmacologica.

È stata successivamente condotta un'analisi statistica rispetto la distribuzione di alcune variabili in funzione del punteggio. La prima variabile considerata è stata l'età la quale, nonostante possieda una differenza statisticamente significativa nei confronti del punteggio L-PaSC ( $p\text{-value} = 0,03$ ), risulta avere una relazione inversa relativamente debole osservando il coefficiente di correlazione di Pearson ( $r = -0,338$ ). Non esistono molti studi in letteratura che trattino del-

la relazione fra età e self-care, tuttavia in uno studio osservazionale di Tabrizi et al. (2018) è risultata una correlazione negativa fra il self-care e l'età; ciò indica la possibilità che all'aumentare dell'età risulti più difficile praticare attività di self-care.

Per quanto riguarda la distribuzione dei punteggi del questionario nei due sessi, è risultata una differenza statisticamente significativa fra questi, con una mediana maggiore nel sesso femminile, nonostante la correlazione fra punteggio e sesso risulti essere pressoché nulla ( $r = -0,05$ ,  $p < .05$ ). In letteratura uno studio trasversale di Mei, Tian, Chai e Fan (2018) ha evidenziato un miglior livello di self-care maintenance nel campione di sesso femminile con diagnosi di scompenso cardiaco, nonostante in tale studio, a differenza di questo, i livelli di self-care fossero ugualmente inadeguati in entrambi i sessi.

La scolarità è stata indagata dividendo il campione in due gruppi; il primo con scolarità elementare-media e il secondo con scolarità superiore-laurea. Anche in questo caso è risultata una differenza statisticamente significativa fra il punteggio del primo gruppo e il punteggio del secondo gruppo, con p-value pari a 0,03; in particolare i soggetti con una scolarità elementare-media hanno una mediana inferiore rispetto ai punteggi totalizzati dai soggetti con una scolarità superiore-laurea, i quali hanno una mediana superiore. Inoltre, esiste una correlazione diretta moderatamente forte fra il punteggio e la scolarità, con  $r = 0,503$ , la quale potrebbe indicare l'esistenza di una associazione fra un alto livello di scolarità e l'aumento del punteggio di self-care. Nella letteratura non sono presenti singoli studi che trattino il tema della scolarità in relazione al self-care; tuttavia, in una revisione sistematica condotta anche per valutare i predittori di health literacy (alfabetizzazione sanitaria), è emerso che la scolarità influenza il self-care tramite la mediazione della health-literacy. Quindi soggetti con più alto livello di scolarità potrebbero avere un elevato self-care management in parte anche per l'elevata alfabetizzazione sanitaria che, a sua volta, si associa all'elevata scolarità. (Cajita, Cajita & Han, 2016).

## CONCLUSIONI

Analizzando gli aspetti emersi da questo studio e dalla letteratura selezionata, il self-care risulta di fondamentale importanza per i pazienti ematologici, tanto da avere la necessità di essere sistematicamente implementato nella pratica assistenziale di tutti gli infermieri, insieme allo sviluppo di competenze in autocura del paziente e alla valutazione di queste ultime. Infatti, gli infermieri si trovano in una posizione privilegiata per quanto riguarda lo sviluppo di capacità di self-care negli assistiti, in quanto ricevono fiducia dai pazienti (Alleyne et al., 2011), e il raggiungimento di un livello appropriato di self-care da parte dei pazienti è considerato un esito sensibile all'assistenza infermieristica (Richard & Shea, 2011). Per quanto concerne lo sviluppo di competenze di self-care e self-management nel paziente oncologico, una revisione sistematica di Charalambous et al. (2018) ha valutato la tipologia di interventi messi in pratica dagli infermieri per lo sviluppo del self-care nel paziente oncologico, fra i quali si sono osservati interventi di counselling, guida e insegnamento, applicati prevalentemente nel periodo del trattamento piuttosto che nella fase diagnostica. Sebbene ciò possa essere considerato sufficiente, è necessaria l'implementazione di uno strumento nella pratica infermieristica per poter osservare determinate aree di deficit in merito a conoscenze e competenze

e che consenta poi di pianificare interventi personalizzati. Dal presente studio è infatti emerso che gli interventi di self-management attuati dai pazienti ematologici in trattamento ambulatoriale sono corretti, nonostante risultino incompleti rispetto alla totalità delle possibili risoluzioni del problema trattato. Un esempio è rappresentato dal largo uso di farmaci per il trattamento del dolore (62,5%), quando sarebbe auspicabile che venissero suggerite delle tecniche complementari per la gestione di questo, come ad esempio il massaggio terapeutico (Falkensteiner, Mantovan, Müller & Them, 2011). Di conseguenza, utilizzare uno strumento simile a quello somministrato nello studio permetterebbe non solo di osservare i diversi livelli di self-care management dei pazienti, ma anche di implementare interventi mirati nei confronti di deficit applicativo-conoscitivi dei pazienti, con l'opportunità di una possibile rivalutazione futura. Il livello di self-care è sicuramente sensibile all'andamento di alcune variabili, come il sesso, l'età e la scolarità, che perciò devono essere tenute in considerazione nell'assessment e nella successiva pianificazione delle attività infermieristiche mirate allo sviluppo di abilità di self-management.

Questa analisi descrittiva presenta alcuni limiti, tra cui l'utilizzo di uno strumento non validato in italiano e l'aver condotto statistiche, seppur descrittive, su un campione di esigua numerosità. Malgrado ciò l'aver studiato il fenomeno del self-care management nel paziente ematologico ambulatoriale, attraverso uno strumento di valutazione multidimensionale, apre la strada a ricerche future. Queste potrebbero portare ad ampliare il campionamento e sensibilizzare il personale medico e infermieristico alla rilevazione precoce degli aspetti necessari affinché vengano pianificati interventi educativi a misura del gap di self-management che il paziente manifesta.

## BIBLIOGRAFIA

- Allart, P., Soubeyran, P., & Cousson-Gélie, F. (2013). Are psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer? A critical review of the literature. *Psycho-oncology*, 22(2), 241–249. <https://doi.org/10.1002/pon.3026>
- Allart-Vorelli, P., Porro, B., Baguet, F., Michel, A., & Cousson-Gélie, F. (2015). Haematological cancer and quality of life: a systematic literature review. *Blood cancer journal*, 5(4), e305. <https://doi.org/10.1038/bcj.2015.29>
- Alleyne, G., Hancock, C., & Hughes, P. (2011). Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*, 58: 328–331. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x>
- Biagioli, V., Drury, A., Wells, M., Eicher, M., & Kelly, D. (2021). Self-care and cancer: Comment on Riegel et al. (2020) 'Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review'. *International Journal of Nursing Studies*, 115, p.103877. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103877>
- Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. R. (2016). Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(2), 121–130. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000229>
- Chan, K., Chan, T., Gill, H., Chan, T., Li, C., Au, H., Wong, C., Tsang, K., Lo, R., Cheng, B., Hui, C., Mok, L., Kwok, C., Chan, M., & Sham, M. (2022). Supportive care and symptom management in patients with advanced hematological malignancies: a literature review. *Annals Of Palliative Medicine*, 11(10), 3273–3291. [doi:10.21037/apm-22-691](https://doi.org/10.21037/apm-22-691)
- Charalambous, A., Wells, M., Campbell, P., Torrens, C., Östlund, U., Oldenmenger, W., Patiraki, E., Sharp, L., Nohavova, I., Domenech-Climent, N., Eicher, M., Farrell, C., Larsson, M., Olsson, C., Simpson, M., Wiseman, T., & Kelly, D. (2018). A scoping review of trials of interventions led or delivered by cancer nurses. *International journal of nursing studies*, 86, 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.014>
- Coolbrandt, A., Dierckx de Casterlé, B., Wildiers, H., Aertgeerts, B., Van der Elst, E., van Achterberg, T., & Milisen, K. (2016). Dealing with chemotherapy related symptoms at home: a qualitative study in adult patients with cancer. *European journal of cancer care*, 25(1), 79–92. <https://doi.org/10.1111/ecc.12303>
- Coolbrandt, A., Van den Heede, K., Clemens, K., Milisen, K., Laenen, A., Wildiers, H., & Verslype, C. (2013). The Leuven questionnaire for Patient Self-care during Chemotherapy (L-PaSC): instrument development and psychometric evaluation. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.07.008>
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I., & Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative





**DOMANDA 2.** Indica i tuoi comportamenti nelle seguenti situazioni (soltanto una risposta possibile).

Si sente improvvisamente **senza fiato** dopo una breve attività fisica. Cosa fa?

- contatta immediatamente il medico o centro medico di riferimento**
- lo riferisco nella prossima visita al medico o all'ospedale
- aspetto qualche giorno prima di agire
- non faccio niente, i sintomi non sono rilevanti per il mio **trattamento futuro**
- non so

Ha la **febbre** (38.5 °C). Cosa fa?

- contatta immediatamente il medico o centro medico di riferimento**
- lo riferisco nella prossima visita al medico o all'ospedale
- aspetto qualche giorno prima di agire
- non faccio niente, i sintomi non sono rilevanti per il mio **trattamento futuro**
- non so

Ha la **diarrea** 3 volte al giorno. Cosa fa?

- contatta immediatamente il medico o centro medico di riferimento**
- lo riferisco nella prossima visita al medico o all'ospedale
- aspetto qualche giorno prima di agire
- non faccio niente, i sintomi non sono rilevanti per il mio **trattamento futuro**
- non so

Ha **vomitato** 5 volte in un giorno e non può trattenere nemmeno l'acqua. Cosa fa?

- contatta immediatamente il medico o centro medico di riferimento**
- lo riferisco nella prossima visita al medico o all'ospedale
- aspetto qualche giorno prima di agire
- non faccio niente, i sintomi non sono rilevanti per il mio **trattamento futuro**
- non so

Sente la **sensazione di aghi/spilli** e formicolio nell'estremità delle dita. Cosa fa?

- contatta immediatamente il medico o centro medico di riferimento**
- lo riferisco nella prossima visita al medico o all'ospedale
- aspetto qualche giorno prima di agire
- non faccio niente, i sintomi non sono rilevanti per il mio **trattamento futuro**
- non so

**DOMANDA 3.** Il suo trattamento include anche **chemioterapici in forma di pastiglie** prese per via orale?

- no → per favore vada alla domanda 4
- non so → per favore vada alla domanda 4
- sì → per favore risponda alla domanda sotto

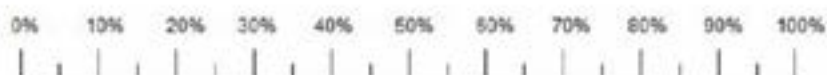
Se sì: quale **percentuale dei farmaci ha preso in modo corretto** e al momento giusto del giorno? Lo indichi con una X nella linea sotto.



**DOMANDA 4.** Il suo medico le ha prescritto qualche **farmaco per trattare gli effetti collaterali** della chemioterapia?

- no → per favore vada alla domanda 5
- non so → per favore vada alla domanda 5
- sì → per favore risponda alla domanda sotto

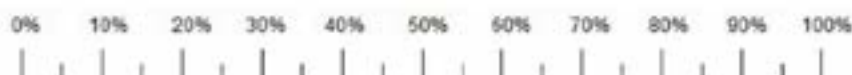
Se sì: quale **percentuale dei farmaci contro gli effetti collaterali ha preso in modo corretto** e al **momento giusto** del giorno? Lo indichi con una X nella linea sotto.



**DOMANDA 5.** Ha ricevuto dei **consigli di autocura** (es. usare collutori, strategie per combattere la stanchezza e il dolore) dal suo medico/infermiere o da depliant informativi/internet?

- no → per favore vada alla domanda 6
- sì → per favore risponda alla domanda sotto

Se sì: quale **percentuale di consigli di autocura** che ha ricevuto o letto **ha seguito**? Lo indichi con una X nella linea sotto.



### EFFETTI COLLATERALI

Le prossime domande riguardano i possibili **effetti collaterali** durante il **trattamento** con la chemioterapia. Nella prima parte di ogni domanda le è chiesto se ha mai sperimentato tale **effetto collaterale** e quanto grave fosse **nel momento peggiore sperimentato**. Nella seconda parte della domanda è chiesto quali **azioni** ha messo in atto per **alleviare** tale **effetto collaterale**. Se non avesse mai sperimentato un particolare **effetto collaterale** dall'inizio del **trattamento**, per favore vada alla prossima domanda.

**DOMANDA 6.** Dall'inizio del **trattamento**, **quanto gravi** sono state le **INFEZIONI E LESIONI DEL CAVO ORALE** (ad es. ulcere, afte, abrasioni, candida) nel **momento peggiore**?

- non è mai capitato → per favore vada alla domanda 7
- ha avuto pochi problemi, ma nonostante questo è riuscito ad alimentarsi
- ha avuto abbastanza problemi e qualche difficoltà ad alimentarsi
- ha avuto tanti problemi e non ha mangiato/bevuto per tale motivo

Se ha avuto infezioni e/o lesioni del cavo orale, **cosa ha fatto per trattarli?** (possibili scelte multiple)



- niente
- ispezione della bocca (per lesioni e/o segni di infezione)
- discuterne con medico o infermiere
- usare collutori
- usare spazzolini morbidi
- fare risciacqui con limonate o spremute fresche
- altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDA 7.** Dall'inizio del trattamento, **quanto gravi** sono stati i **PROBLEMI CUTANEI** (es. pelle secca, prurito, rash cutaneo, rossore, edema/gonfiore) nel **momento peggiore**?

- non ha notato dei cambiamenti sulla sua a pelle → per favore vada alla domanda 8
- non ha avuto dei problemi cutanei seri
- ha avuto problemi cutanei che non hanno intaccato le sue attività quotidiane
- ha avuto problemi cutanei che hanno intaccato le sue attività quotidiane

Se ha avuto problemi cutanei, **cosa ha fatto per trattarli?** (possibili scelte multiple)

- niente
- discuterne con medico o infermiere
- fare docce o bagni caldi
- proteggere la pelle dai raggi solari
- usare creme od olii idratanti
- evitare temperature estreme
- altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDA 8.** Dall'inizio del trattamento, **quanto grave** è stata la **NAUSEA** nel **momento peggiore**?

- non è mai capitato → per favore vada alla domanda 9
- ha avuto meno appetito a causa della nausea, ma nonostante questo è riuscito ad alimentarsi
- sente spesso la nausea, beve meno e ha perso peso per tale motivo
- soffre di nausea persistente che non le permette di alimentarsi e bere in maniera adeguata

Se ha avuto la nausea, **cosa ha fatto per trattarla?** (possibili scelte multiple)

- niente
- discussione con medico o infermiere
- fare pasti piccoli ma frequenti
- mangiare cibi piccanti
- fare degli snack fra i pasti se la nausea non si fa sentire



- prendere i farmaci prescritti contro la nausea – per favore specifici quali:

\_\_\_\_\_

- altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDA 9.** Dall'inizio del trattamento, **quanto grave** è stata la **COSTIPAZIONE/STIPSI** nel momento peggiore?

- la sua regolarità intestinale non è cambiata → per favore vada alla domanda 10
- ha avuto poche difficoltà nell'andare di corpo
- ha avuto abbastanza difficoltà nell'andare di corpo che non ha intaccato le attività quotidiane
- ha avuto molte difficoltà nell'andare di corpo che ha intaccato le attività quotidiane

Se ha avuto costipazione, **cosa ha fatto per trattarla?** (possibili scelte multiple)

- niente
- ha aumentato l'introito di liquidi
- ha aumentato le fibre negli alimenti (pane integrale, verdure, etc)
- ha diminuito le fibre negli alimenti (pane bianco, banane mature, etc)
- riportarlo al medico/infermiere
- prendere i farmaci prescritti contro la costipazione – per favore specifici quali:

\_\_\_\_\_

- smettere di prendere certi farmaci – per favore specifici quali: -

\_\_\_\_\_

- altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDA 10.** Dall'inizio del trattamento, **quanto grave** è stata la **DIARREA** nel momento peggiore?

- non è capitato → per favore vada alla domanda 11
- ha avuto fino a 4 scariche al giorno
- ha avuto da 4 a 6 scariche al giorno
- ha avuto più di 7 scariche al giorno
- la diarrea è così grave che non mi permette di eseguire attività quotidiane

Se ha avuto diarrea, **cosa ha fatto per trattarla?** (possibili scelte multiple)

- niente
- ha aumentato l'introito di liquidi
- ha aumentato le fibre negli alimenti (pane integrale, verdure, etc)
- ha diminuito le fibre negli alimenti (pane bianco, banane mature, etc)
- riportarlo al medico/infermiere
- prendere i farmaci prescritti contro la costipazione – per favore specifici quali:

\_\_\_\_\_

smettere di prendere certi farmaci – per favore specifici quali: -

\_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDA 11.** Dall'inizio del trattamento, quanto grave è stata la **STANCHEZZA** nel momento peggiore?

Lo indichi nella linea sotto dove **0 = nessuna stanchezza** e **10 = la peggiore stanchezza** che può immaginare.



Se ha indicato 0, per favore vada alla domanda 12.

Se ha avuto stanchezza, **cosa ha fatto per trattarla?** (possibili scelte multiple)

- niente
- limitare le attività per le quali si stanca di più
- bilanciare il riposo e le attività
- bere caffè o altri drink con la caffeina
- organizzarsi e chiedere aiuto
- discuterne con medico o infermiere
- altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDA 12.** Dall'inizio del trattamento, quanto grave è stato il **DOLORE** nel momento peggiore?

Lo indichi nella linea sotto dove **0 = nessun dolore** e **10 = il peggior dolore** che può immaginare.



Se ha indicato 0, per favore vada alla domanda 12.

Se ha avuto dolore, **cosa ha fatto per trattarlo?** (possibili scelte multiple)

- niente
- discuterne con il dottore/infermiere
- prendere dei farmaci antidolorifici
- trattare la causa
- altro: \_\_\_\_\_

**Allegato 2. Elenco riassuntivo variabili con livello di significatività per associazione con punteggio medio di L-PaSC e distribuzione variabile.**

\* variabili con livello di significatività < .05

Variabili	<i>p-value</i>
*Età	0,03
*Sesso	0,02
Stato occupazionale	0,09
*Scolarità	0,03
Presenza caregivers	0,75
Neoplasia ematologica	0,23
Comorbilità	0,64
Farmaci assunti	0,92
Anni in cura	0,16
Frequenza degli accessi	0,12
Segni e sintomi esperiti	0,31

**R. Rapetti**

Dirigente Professioni Sanitarie ASL 2 -  
Azienda Sociosanitaria ligure

**E. Colmia Franchino**

Infermiere S.C. Coordinamento  
Professioni Sanitarie ASL 2 Azienda  
sociosanitaria ligure

**S. Visca**

Infermiere S.C. Coordinamento  
Professioni Sanitarie ASL 2 Azienda  
sociosanitaria ligure

**D. Vittonetto**

Fisioterapista Attività Riabilitative  
Territoriali ASL 2 Azienda  
Sociosanitaria ligure

**M. Orlando**

Commissario Straordinario ASL 2  
Azienda Sociosanitaria ligure

**L. Garra**

Direttore Sanitario ASL 2 Azienda  
Sociosanitaria ligure

**M. Cirone**

Direttore Sociosanitario ASL 2  
Azienda Sociosanitaria ligure

**A. Piacenza**

Coordinatore Attività Riabilitative  
Territoriali ASL 2 Azienda  
Sociosanitaria ligure

**ABSTRACT**

**Introduzione.** La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), patologia cronica ad elevata incidenza

sanitaria, ha un impatto considerevole sulle attività quotidiane e sulla qualità di vita delle persone che ne sono affette, con pesanti ripercussioni socio-economiche. **Obiettivi.** Indagare l'efficacia di un programma di cura domiciliare attraverso un intervento telefonico strutturato, valutando gli esiti autoriferiti dai pazienti affetti da BPCO. **Materiali e metodi.** Studio pilota, con arruolamento di pazienti dimessi dall'Ospedale San Paolo di Savona, con diagnosi di BPCO, rivalutati a timing predefiniti. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a un programma di cura attraverso contatti telefonici a cadenza mensile con somministrazione di due questionari: St. George's Respiratory Questionnaire – SGRQ, PROMs specifico dei disturbi respiratori, a T0 (ricovero), T1 (dopo due mesi) e T2 (dopo 4 mesi) e SF-12, PROMs aspecifico, a T0. **Risultati.** Arruolati 91 pazienti, 49 maschi e 42 femmine, con età media di 84 anni. A partire da un dato livello di impairment, rilevato a T0, sia dal SGRQ che dal SF-12, le analisi hanno evidenziato a T1 e T2 un trend in miglioramento per i domini del SGQR. **Conclusioni.** I risultati dell'indagine hanno attestato che un programma di cura a distanza individualizzato è risultato efficace nel registrare gli outcome autoriferiti, valu-

# Il telemonitoraggio e la percezione dei pazienti affetti da bronco-pneumopatia cronica ostruttiva: risultati di uno studio pilota in ASL 2 – Azienda Sociosanitaria Ligure

*Telemonitoring and perception of patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease: results of a pilot study in ASL 2 – Azienda Sociosanitaria Ligure*



tati attraverso PROMs e nel sviluppare una presa in carico incentrata sulla persona, assicurando così una maggiore appropriatezza degli interventi.

**ABSTRACT**

**Introduction.** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), a chronic disease with a high health incidence, has a considerable impact on the daily activities and quality of life of the people affected, with heavy socio-economic repercussions. **Objectives.** To investigate the effectiveness of a home care program through a structured telephone intervention, evaluating the self-reported outcomes of COPD patients. **Materials and methods.** Pilot study, with enrollment of patients discharged from San Paolo Hospital in Savona, with diagnosis of COPD, re-evaluated at predefined times. All patients underwent a treatment program through monthly telephone contacts with the administration of two questionnaires: St. George's Respiratory Questionnaire - SGRQ, specific PROM for respiratory disorders, at T0 (hospitalization), T1 (after two months) and T2 (after 4 months) and the SF-12, non-specific PROM, at T0.



**Results:** In this study 91 patients, 49 males and 42 females, with average age of 84 years were enrolled. Starting from a given level of impairment, detected at T0, both from SGRQ and SF-12, the analyses showed an improvement trend for the SGQR domains at T1 and T2.

**Conclusions.** Results attested that an individualized distance care program was effective in recording self-reported outcomes, evaluated through PROMs, and in developing a person-centered care, thus ensuring a more appropriate response. **Keywords.** Chronic obstructive pulmonary disease; Nursing care; Telehealth; Chronic disease; Patient-reported outcome measure.

## INTRODUZIONE

La BPCO è una malattia complessa e invalidante, in grado di modificare significativamente la vita di chi ne è affetto e costituisce un importante problema di salute pubblica. Colpisce il 12% della popolazione mondiale ed è la quarta causa di morte (Christenson et al., 2022; Mathers and Loncar, 2006; Singh et al., 2019; Varmaghani et al., 2019). In Italia, rappresenta motivo di decesso per circa il 5% delle persone con malattie respiratorie, con età >65 anni (Halpin and Miravittles, 2006; Lindenauer et al., 2018; Mei et al., 2022).

I soggetti con BPCO sono, spesso, affetti da esacerbazioni che, nei casi più gravi, causano ripetuti ricoveri, aumentando così, i costi correlati all'assistenza (Chenna and Mannino, 2010; Garcia-Aymereich et al., 2011). Le riacutizzazioni, importanti predittori della progressione di patologia, sono comunemente caratterizzate da peggioramento repentino dello stato di salute, con incremento della sintomatologia basale, come dispnea, respiro affannoso, oppressione toracica, tosse e produzione di muco (Kim and Aaron, 2018). Oltre all'impatto polmonare, la BPCO colpisce più organi portando, anche, ad effetti sistemici (10).

Gli stadi più avanzati della malattia, alterano, la qualità di vita, già fortemente compromessa e lo svolgimento delle attività quotidiane, influenzandone negativamente anche lo stato mentale e i rapporti sociali (Carrasco Garrido et al., 2006; Gordon et al., 2019). Considerato l'andamento evolutivo, risulta fondamentale, dal punto di vista terapeutico, definire e strutturare programmi di inclusione precoce all'interno dei percorsi di cura, favorendo così l'auto-gestione e il miglioramento del benessere psico-fisico (Fondazione GIMBE, 2019). Ne consegue, pertanto, la necessità di privilegiare modelli di erogazione dell'assistenza focalizzati sulla persona e sul contesto familiare, avvalendosi anche di strumenti per la misurazione degli esiti (PROMs - Patient Reported Outcome Measures), volti a verificare l'andamento funzionale, la risposta e l'adattamento dell'individuo alla malattia (6,7,8).

Diventa, quindi, cruciale adottare i PROMs, oltre che altri endpoint clinici, nel progetto assistenziale di ogni singolo paziente.

La letteratura suggerisce PROMs "generici" e "specifici": i primi sono volti a valutare lo stato di salute nella popolazione; i secondi ad esplorare i determinanti di salute associati alla patologia.

## OBIETTIVI

Indagare la validità di un programma di intervento formativo, informativo ed educativo realizzato attraverso contatti telefonici strutturati, misurando gli esiti autoriferiti dai pazienti.

## MATERIALI E METODI

Studio pilota, con arruolamento consequenziale di pazienti di-

messi dall'Ospedale San Paolo di Savona nel periodo dal 25.01 al 28.02.2021, con diagnosi di BPCO, rivalutati a timing predefiniti.

I pazienti sono stati oggetto di un programma di cura personalizzato, basato su contatti telefonici a cadenza mensile di almeno 15 minuti.

Dopo la dimissione, infatti, i soggetti coinvolti nell'indagine sono stati monitorati telefonicamente, attraverso frequenti contatti informativi, formativi ed educativi, da parte dell'equipe infermieristica, al fine di aumentarne la consapevolezza di malattia, valutarne lo stato funzionale e fornendo indicazioni clinico-assistenziali sulla gestione di complicanze minori.

L'utilità clinica di tale programma è stata valutata attraverso la somministrazione dei seguenti questionari:

1. St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), PROMs specifico dei disturbi respiratori, somministrato a T0 (al ricovero), T1 (dopo 2 mesi) e T2 (dopo 4 mesi) dalla dimissione. Composto da quattro domini, relativi a sintomi, attività, impatto psicosociale e uno di sintesi (Jones et al., 1992), rappresentati in una scala di valore da 0 a 100, dove punteggi più elevati sono indicativi di maggiori limitazioni. Uno scostamento di 4 punti è considerato un valore clinicamente rilevante (Schünemann et al., 2003).
2. SF-12, PROMs aspecifico, somministrato a T0 (al ricovero). Costituito da 12 items, fornisce misurazioni relative a due diversi aspetti della salute "fisica e mentale", attraverso un punteggio che varia da 0 (malessere) a 100 (benessere) (11).

Lo studio, è stato autorizzato dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 2, e i pazienti coinvolti hanno espresso il loro consenso a partecipare all'indagine.

## RISULTATI

Il campione, costituito da 91 soggetti, 49 maschi e 42 femmine, ha mostrato un'età media di 84 anni (Tabella 1)

**TABELLA 1 – Caratteristiche del campione a T0**

		n (N=91)	%
<b>Genere</b>	Maschi	49	53.85
	Femmine	42	46.15
<b>Età</b>	46-60	3	3.30
	61-70	7	7.69
	71-80	20	21.98
	81-90	49	53.85
	>90	12	13.19
<b>Distretto</b>	Savonese	75	82.42
	Delle Bormide	15	16.48
	Altro	1	2.5

Dei 91 pazienti, 17 sono deceduti prima di poter completare il secondo follow-up e 41 hanno abbandonato l'indagine. Sono stati, pertanto, analizzati i dati relativi ai 33 soggetti che hanno completato l'indagine a T2 (Tabella 2).

TABELLA 2 – Caratteristiche del campione a T2

		n (N=33)	%
Genere	Maschi	17	51.52
	Femmine	16	48.48
Età	46-60	1	3.03
	61-70	3	9.09
	71-80	8	24.24
	81-90	16	48.48
	>90	5	15.15
Distretto	Savonese	29	87.88
	Delle Bormide	3	9.09
	Altro	1	3.03

Dall'analisi dei questionari SF-12, i cui risultati sono riportati in Tabella 3, si è evidenziato un valore medio di PCS pari a 33.53 (range = 22.06 - 48.02) e un valore medio di MCS di 44.60 (range = 25.29 - 69.13).

TABELLA 3 – Questionario SF-12 a T0

SF-12		
	Media	Dev. St.
PHYSICAL (PCS)	33.53	5.80
MENTAL (MCS)	44.60	9.99

I valori medi per ogni singolo dominio, ottenuti tramite la somministrazione del St. George Respiratory Questionnaire, sono riportati in Tabella 4 e il loro andamento è rappresentato in Figura 1.

Dalla disamina del St George Respiratory Questionnaire, si sono rilevati, per il Total Score, a T0, punteggi pari a 52.92, a T1 di 42.10 e a T2 di 36.56, che denotano un significativo miglioramento nella risposta alla malattia.

Stesso andamento, rilevante dal punto di vista clinico, si è riscontrato anche per il dominio Symptoms Score con valore, a T0, pari a 35.36, a T1 di 28.65 e a T2 di 25.02; andamento in miglioramento, riconducibile, quasi certamente, ad un'accettabile livello di tolleranza della sintomatologia.

L'Activity Score, a T0, è risultato essere di 77.32, indicatore di una ridotta capacità a svolgere le attività di vita quotidiane, dato che si è evoluto sia a T1 (67.88) sia a T2 (52.93), con un trend favorevole, (9.44 e 14.95), pur non raggiungendo però il limite per un soddisfacente stato di salute.

TABELLA 4 – Punteggio St. George Respiratory Questionnaire a T0, T1 e T2 (Minimal Clinically Important Difference MCID: 4 punti)

	DIMISSIONE (T0)		FOLLOW-UP 2 mesi (T1)		T0-T1	FOLLOW-UP 4 mesi (T2)		T1-T2	T0-T2
	Media	Dev. St.	Media	Dev. St.		Media	Dev. St.		
<i>Symptoms Score</i>	35.36	19.21	28.65	18.80	-6,71	25.02	15.20	-3,63	-10,34
<i>Activity Score</i>	77.32	21.59	67.88	26.13	-9,44	52.93	35.95	-14,95	-24,39
<i>Impacts Score</i>	43.83	21.56	31.95	21.96	-11,88	30.31	22.54	-1,64	-13,52
<i>Total Score</i>	52.92	18.75	42.10	10.82	-5,32	36.56	23.54	-5,54	-6,36

Per il dominio Impact Score, a T0 (43.83), si sono osservati valori incoraggianti, che migliorano sensibilmente di 11.88 a T1 e di 1.64 a T2. Tale variazione è significativa di un minor coinvolgimento della condizione morbosa.

## DISCUSSIONE

Dai risultati emerge che i pazienti in studio hanno presentato, alla dimissione, una maggiore compromissione dello stato di salute fisica, con reali limitazioni funzionali nelle attività di vita quotidiana, come esplicitati nel dominio Activity Score. Tale dato è confermato anche dai valori ottenuti dalla somministrazione del questionario SF-12, che risultano essere in linea con molteplici studi di livello nazionale 19-21.

È stato riscontrato un miglioramento nel punteggio nei domini Symptoms Score, Activity Score, Impacts Score, riconducibile verosimilmente ai frequenti monitoraggi a distanza, avvenuti nel periodo tra T0 e T2, tra paziente/care giver/ famiglia ed Infermiere, previsti dal programma adottato nello studio.

Le tematiche trattate durante le sedute di telemonitoraggio hanno esplorato l'adattamento e le strategie di coping messe in atto dal paziente nel proprio contesto ambientale e di malattia e rilevato l'andamento della sintomatologia, al fine di individuarne eventuali difficoltà e fornire possibili soluzioni ed aiuti concreti.

L'analisi dei PROMs, alla dimissione e nei mesi successivi, ha permesso l'individuazione tempestiva dell'esacerbazione di segni e sintomi, sia a breve che a medio termine.

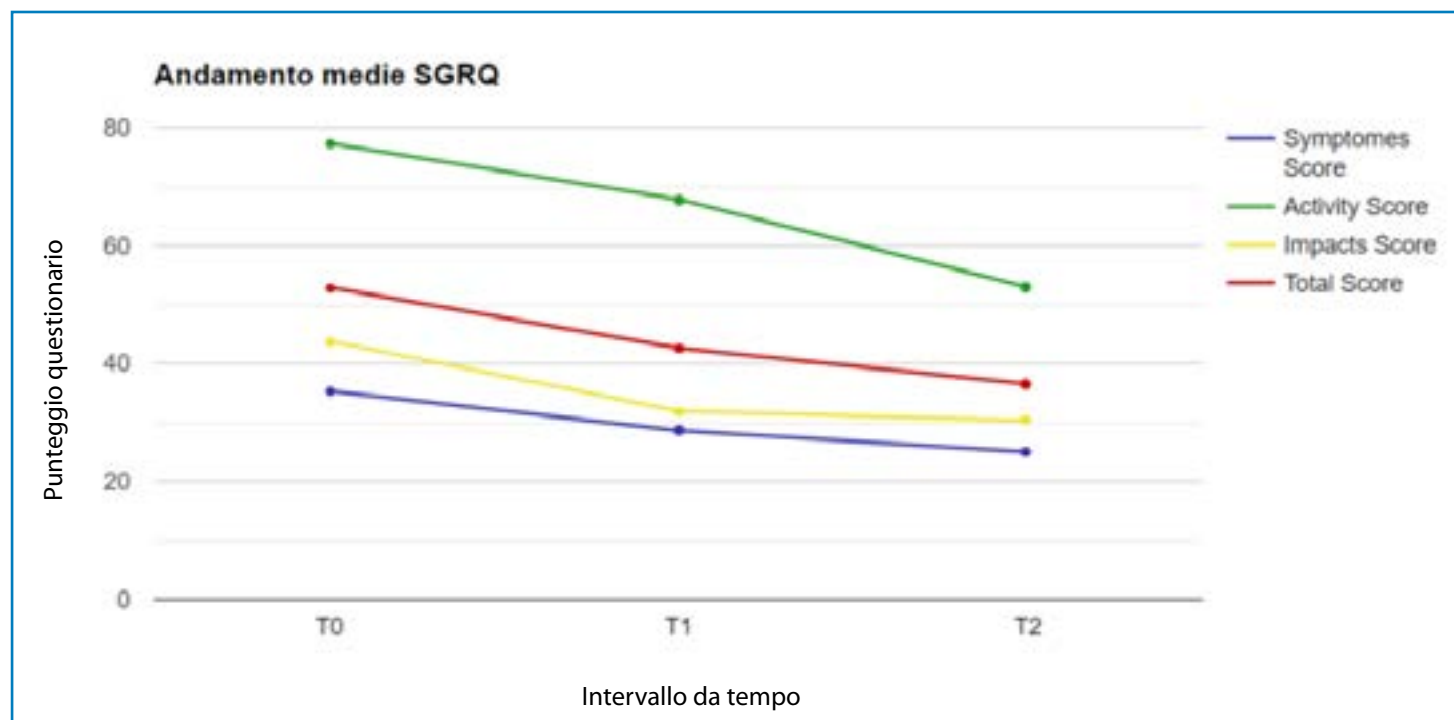
Esaminare, pertanto, l'evoluzione della malattia, in un arco temporale più ampio, attraverso studi longitudinali di intervento educativo e formativo e attraverso l'uso di PROMs specifici e generici, consentirebbe di poter effettuare una stima puntuale delle condizioni cliniche e analogamente sostenere i professionisti sanitari nelle decisioni assistenziali.

Inoltre, l'inclusione di PROMs, quali misure volte a valutare gli effetti sulla qualità di vita e la successiva interpretazione delle informazioni ottenute, potrebbero essere utilizzate per garantire cure maggiormente incentrate sulla persona.

## CONCLUSIONI

I risultati dell'indagine hanno confermato che l'uso di un programma di educazione, formazione e informazione a distanza è efficace nel contribuire al miglioramento dello stato clinico dei pazienti con BPCO. Infatti, l'impiego sistematico di PROMs, risulta essere un potente strumento di registrazione e valutazione degli esiti autoriferiti, a supporto dei professionisti per erogare interventi di cura efficaci, efficienti e tempestivi.

FIGURA 1 – Andamento valori medi St. George Respiratory Questionnaire



La valutazione dello stato di salute autoriportata, oltre a costruire consapevolezza nei pazienti per un riconoscimento precoce dei segnali di allerta, rappresenta un processo metodologico innovativo da implementare nei percorsi di cura e gestione delle cronicità, anche in considerazione di favorire un'assistenza di prossimità sempre più vicino alle persone e al loro domicilio, anche con l'implementazione di strumenti tecnologici innovativi.

## BIBLIOGRAFIA

- Apolone, G., Mosconi, P., 1998. The Italian SF-36 Health Survey: Translation, Validation and Norming. *J. Clin. Epidemiol.* 51, 1025–1036. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00094-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00094-8)
- Carrasco Garrido, P., de Miguel Díez, J., Rejas Gutiérrez, J., Centeno, A.M., Gorbart Vázquez, E., Gil de Miguel, A., García Carballo, M., Jiménez García, R., 2006. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health Qual. Life Outcomes* 4, 31. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-31>
- Chenna, P.R., Mannino, D.M., 2010. Outcomes of severe COPD exacerbations requiring hospitalization. *Semin. Respir. Crit. Care Med.* 31, 286–294. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1254069>
- Christenson, S.A., Smith, B.M., Bafadhel, M., Putcha, N., 2022. Chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet* 399, 2227–2242. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00470-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00470-6)
- Fondazione GIMBE, 2019. Linee guida per la diagnosi e la terapia dello scompenso cardiaco cronico negli adulti. Evidence 1. <https://doi.org/10.4470/E1000196>
- Garcia-Aymerich, J., Serra Pons, I., Mannino, D.M., Maas, A.K., Miller, D.P., Davis, K.J., 2011. Lung function impairment, COPD hospitalisations and subsequent mortality. *Thorax* 66, 585–590. <https://doi.org/10.1136/thx.2010.152876>
- Gordon, C.S., Waller, J.W., Cook, R.M., Cavallera, S.L., Lim, W.T., Osadnik, C.R., 2019. Effect of Pulmonary Rehabilitation on Symptoms of Anxiety and Depression in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Chest* 156, 80–91. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.04.009>
- Halpin, D.M.G., Miravittles, M., 2006. Chronic obstructive pulmonary disease: the disease and its burden to society. *Proc. Am. Thorac. Soc.* 3, 619–623. <https://doi.org/10.1513/pats.200603-093SS>
- Jones, P.W., Quirk, F.H., Baveystock, C.M., Littlejohns, P., 1992. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am. Rev. Respir. Dis.* 145, 1321–1327. <https://doi.org/10.1164/ajrccm/145.6.1321>
- Kim, V., Aaron, S.D., 2018. What is a COPD exacerbation? Current definitions, pitfalls, challenges and opportunities for improvement. *Eur. Respir. J.* 52, 1801261. <https://doi.org/10.1183/13993003.01261-2018>
- Lindenauer, P.K., Dharmarajan, K., Qin, L., Lin, Z., Gershon, A.S., Krumholz, H.M., 2018. Risk Trajectories of Readmission and Death in the First Year after Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 197, 1009–1017. <https://doi.org/10.1164/rccm.201709-1852OC>
- Mathers, C.D., Loncar, D., 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 3, e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Mei, F., Dalmartello, M., Bonifazi, M., Bertuccio, P., Levi, F., Boffetta, P., Negri, E., La Vecchia, C., Malvezzi, M., 2022. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) mortality trends worldwide: An update to 2019. *Respirol. Carlton Vic.* <https://doi.org/10.1111/resp.14328>
- Porter, I., Davey, A., Gangannagaripalli, J., Evans, J., Bramwell, C., Evans, P., Gibbons, C., Valderas, J.M., 2021. Integrating Patient Reported Outcome Measures (PROMs) into routine nurse-led primary care for patients with multimorbidity: a feasibility and acceptability study. *Health Qual. Life Outcomes* 19, 133. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01748-2>
- Schünemann, H.J., Griffith, L., Jaeschke, R., Goldstein, R., Stubbings, D., Guyatt, G.H., 2003. Evaluation of the minimal important difference for the feeling thermometer and the St. George's Respiratory Questionnaire in patients with chronic airflow obstruction. *J. Clin. Epidemiol.* 56, 1170–1176. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(03\)00115-x](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(03)00115-x)
- Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., Barnes, P.J., Bourbeau, J., Celli, B.R., Criner, G.J., Frith, P., Halpin, D.M.G., Han, M., López Varela, M.V., Martínez, F., Montes de Oca, M., Papi, A., Pavord, I.D., Roche, N., Sin, D.D., Stockley, R., Vestbo, J., Wedzicha, J.A., Vogelmeier, C., 2019. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. *Eur. Respir. J.* 53, 1900164. <https://doi.org/10.1183/13993003.00164-2019>
- Varmaghani, M., Dehghani, M., Heidari, E., Sharifi, F., Moghaddam, S.S., Farzadfar, F., 2019. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *East. Mediterr. Health J. Rev. Sante Mediterr. Orient. Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit* 25, 47–57. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.014>
- Weldring, T., Smith, S.M.S., 2013. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv. Insights* 6, 61–68. <https://doi.org/10.4137/HSI.S11093>

## Associazione Infermieri Santa Rosa

aisro2020@outlook.it

### Hilda Ramos Coria

Presidente, Master  
Il livello in ambito  
geriatrico, Dialisi IRCCS  
Policlinico San Donato

### Roberth Castillo

Segretario, Terapia  
Intensiva Post Operatoria  
IRCCS Policlinico  
San Donato

### Odalis Gutierrez Villar

Responsabile Scientifica,  
Commissario Albo  
Infermieri OPI  
Milano Lodi Monza  
Brienza, Riabilitazione  
cardiologica IRCCS  
Policlinico  
San Donato

### Julia Calderon

Responsabile sociale,  
Docente in  
Infermieristica (Perù)

### Elizabeth Moreano

Comitato Etico,  
Diagnostica e Radiologia  
IRCCS Policlinico  
San Donato

# Impronte infermieristiche nel passato verso il futuro

*Nursing footprints from the past towards the future*



**Parole Chiave.** Scienze infermieristiche, migrazione infermieristica, professione infermieristica.

**Keywords.** Nursing Sciences, Nursing Migration, Nursing Profession.

## ABSTRACT

La scienza infermieristica moderna ha attraversato molte trasformazioni sin dalla sua nascita, con continui cambiamenti, spostamenti e adattamenti in ogni continente, in linea con le politiche sanitarie, le esigenze sociodemografiche ed economiche, nonché con l'impatto della globalizzazione. Questi fattori hanno favorito la migrazione degli infermieri, i quali portano con sé un bagaglio professionale orientato verso un obiettivo comune: garantire il diritto alla salute. In Sud America, in particolare in Perù, si è visto un contributo significativo alla costruzione di un sistema sanitario italiano solido grazie al prezioso lavoro svolto dagli infermieri immigrati, qualificati a livello universitario. Questo fenomeno ha alimentato il movimento migratorio globale degli infermieri sin dagli anni '90.

## ABSTRACT

Modern nursing science, since its beginning, has experienced changes, shifts, constant movements, and across every continent,

in accordance with healthcare policies, has undergone transformations at the pace of technology, political, sociodemographic, and economic needs, as well as the phenomenon of globalization. These have led to the migration of nurses, bringing with them a professional background aimed at the universal goal of ensuring the right to health. South America, specifically Peru, contributes to building a healthy Italian healthcare system, thanks to the diligent service of university-qualified immigrant nursing professionals, fueling the global nursing migration movement since the 1990s

## INTRODUZIONE

Storicamente, l'Europa è stata la culla della Scienza Infermieristica moderna, basata su un modello centrato sull'assistenza ospedaliera e sul benessere del paziente. Le competenze infermieristiche in questo modello erano orientate al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza all'interno delle strutture ospedaliere. Nelle Americhe, la Scienza Infermieristica ha rapidamente fatto notevoli progressi per diverse ragioni: la lingua predominante, l'inglese e/o lo spagnolo, un periodo di pace internazionale (senza coinvolgimento in Grandi Guerre come la Prima e la Seconda), un costante aumento dei movimenti demografici, l'emancipazio-



ne del ruolo femminile (inizialmente una forza lavorativa significativa nella professione), un moderno e democratico sistema di gestione dei trasporti, nuove esigenze sanitarie come le malattie endemiche, avanzamenti nella tecnologia farmaceutica e innovazioni nell'attrezzatura sanitaria. Vi è stata una corrente di formazione infermieristica che ha favorito il confronto, oltre ad altri fattori che richiederebbero un'approfondita ricerca.

L'America Latina ha subito una forte influenza dalle correnti infermieristiche nordamericane, adottando approcci innovativi verso la prevenzione, integrando così un nuovo concetto di autonomia e competenze.

La tecnologia ha ridotto le distanze e migliorato le comunicazioni, introducendo costantemente nuove applicazioni che traggono beneficio dalla globalizzazione. Il trasporto è diventato sempre meno impegnativo, agevolando così i movimenti demografici su scala mondiale. Questi movimenti sono spesso motivati da sfide sociali reali e complesse anziché da semplici dilettantismi

### DEFINIZIONE E OBIETTIVI

L'Associazione Infermieri Santa Rosa (AISRO) è un'organizzazione senza fine di lucro creata per riunire infermieri professionisti con obiettivi condivisi di crescita personale, professionale e scientifica. Gli obiettivi principali dell'AISRO sono: promuovere lo sviluppo personale, professionale e scientifico, riconoscendo le scienze infermieristiche come un patrimonio globale; essere attivamente coinvolti nel contesto sanitario italiano, contribuendo con idee e azioni mirate; condividere e diffondere la vasta conoscenza tra i membri dell'associazione; e ispirare e motivare le nuove generazioni a intraprendere il percorso universitario in infermieristica, incoraggiando l'integrazione e la partecipazione attiva nella professione.

### "PROFILO STORICO DELL'ASSOCIAZIONE INFERMIERI SANTA ROSA "AISRO"

AISRO ha visto la luce negli anni '90, precisamente nel 1991 a San Donato Milanese (Milano), quando un gruppo di infermieri peruviani si riunì per la prima volta. Questi professionisti erano immigrati a causa di fattori sociali, economici e politici che generavano instabilità e incertezza, causati da insurrezioni, movimenti terroristici e guerriglie. Il fenomeno coincise con le modifiche nel sistema sanitario italiano che necessitavano di professionisti infermieri al di là delle possibilità di formazione interne. (1) Questa situazione nel sistema sanitario italiano è stata un incentivo per i nuovi arrivati a inserirsi sia nel sistema sanitario pubblico che in quello privato. Siamo stati accolti con grande supporto amministrativo. Il primo infermiere professionista straniero riconosciuto e regolarmente iscritto al Collegio Infermieristico IPASVI di Milano, Lodi, Monza e Brianza, è stato un connazionale peruviano.

Gli infermieri peruviani, tutti laureati presso università peruviane, hanno collaborato per affrontare le difficoltà dell'inserimento (2), come la barriera linguistica, l'allontanamento dalla famiglia, la solitudine, il cambio di fuso orario e climatico, e così via. Il filo conduttore è stato l'idioma spagnolo e l'amore per le radici storiche. Le attività, inizialmente di natura religiosa (con il Cattolicesimo come religione ufficiale), si sono ampliate e arricchite in risposta alle esigenze dei membri e dei nuovi arrivati: necessità personali, professionali, di integrazione, di aggiornamento professionale,

comprensione della legge italiana (2) e altro ancora. Ci siamo uniti con il nome di Gruppo di Infermieri Peruviani Santa Rosa (GE-PESR). Il 30 agosto 1991 abbiamo celebrato, come tradizione, le prime cerimonie religiose dedicate alla nostra Santa Patrona degli infermieri, Rosa da Lima (Patrona del Perù, delle Americhe e delle Filippine), coinvolgendo il Consolato Generale del Perù a Milano. Inizialmente, l'ospedale Clinicizzato San Donato ospitò le celebrazioni nella loro cappella. Successivamente, con il sostegno del parroco di San Donato, don Umberto Barlassina, abbiamo continuato a celebrare nella chiesa di San Donato Vescovo e Martire in Via Trento 6 a San Donato Milanese, Milano.

L'Associazione Infermieri Santa Rosa è stata ufficialmente costituita nel 2020 e registrata nel sistema amministrativo italiano. La nostra attività sin dal 1991 è stata continua al fine di soddisfare le molteplici esigenze proposte dai membri associati.

(1) *"Riforma degli Ordinamenti Didattici Universitari"*

(2) *"Infermieri Stranieri in Italia"*

### L'ATTIVITÀ PERMANENTE DELL'ASSOCIAZIONE DAL 1991

La maggioranza degli associati è di fede cattolica e fin dagli inizi, la commemorazione del "Giorno degli Infermieri", che ebbe origine a Lima, Perù, negli anni '50 (3) (quando Papa Pio XII nominò patrona degli infermieri del Perù Santa Rosa da Lima, festeggiando il giorno della nascita della santa patrona il 30 agosto), è stata il motivo della continuità della nostra tradizione. Annualmente celebriamo la Santa Messa con grande devozione.

Svolgiamo inoltre attività civiche e patriottiche: fin dall'inizio delle attività del Gruppo Infermieri Santa Rosa, abbiamo stabilito una stretta collaborazione con il Consolato Generale del Perù a Milano. Rivolghiamo un sentito ringraziamento a tutte le autorità che negli anni hanno lavorato con noi per il benessere sanitario della comunità peruviana residente a Milano. Il loro sostegno e la sponsorizzazione delle nostre iniziative dimostrano una fiducia reciproca.

Il Consolato del Perù e l'Associazione Infermieri Santa Rosa (AISRO) lavorano insieme fornendo assistenza ai connazionali, collaborando sin dagli anni '90 nella traduzione (in forma non ufficiale) e nella lettura di documenti sanitari, e aiutando nel trasferimento dei pazienti con difficoltà comunicative, su richiesta delle autorità consolari. Abbiamo partecipato inoltre come volontari nelle iniziative di soccorso ai sopravvissuti del terremoto nella città di Pisco nel 2007, operando come equipe di pronto soccorso, e abbiamo organizzato la Campagna Infermieristica per la Prevenzione del Diabete nella comunità peruviana a Milano, nel luglio del 2016.

Nell'agosto del 2019 abbiamo organizzato una Giornata Infermieristica dedicata alla Prevenzione dell'Ipertensione Arteriosa e alla salute cardiologica nella comunità peruviana a Milano, sponsorizzata dall'OPI Milano Lodi Monza e Brianza. Infine, durante la pandemia da Covid-19 nel maggio del 2020, abbiamo dato vita all'evento online "Open Day Infermieristico AISRO", sponsorizzato dal Consolato del Perù, dall'Ordine degli Infermieri di Milano, Lodi, Monza e Brianza e dall'AISRO, dedicato alla comunità peruviana, mentre nel luglio del 2022 è stata la volta dell'evento "Prevenzione e Cura della Salute in Famiglia" sponsorizzato dal Consolato generale di Milano, rivolto alla comunità peruviana residente in città.

## LE COLLABORAZIONI CON I MUNICIPI DI MILANO, SAN DONATO MILANESE E MONZA

Nel 2019 abbiamo partecipato attivamente al Palinsesto "Città Mondo #5: Città delle Donne" al Teatro MUDEC, rappresentando il ruolo della donna lavoratrice, in particolare la figura dell'infermiera nell'ambito sanitario. Due anni dopo, siamo inoltre stati coinvolti nei festeggiamenti del Bicentenario della Liberazione del Perù in collaborazione con il Comune di Milano presso il Teatro Mudec.

Sempre nel 2021 c'è stata la collaborazione nel festeggiamento del Bicentenario della Liberazione del Perù, iniziativa di fratellanza tra il Consolato del Perù e il Comune di Milano, con la partecipazione di vari relatori che hanno trattato tematiche quali la storia dell'infermieristica del Perù, la medicina andina, la salute e la medicina tradizionale del Perù. L'evento si è svolto a Palazzo Reale. Infine, abbiamo partecipato attivamente al "Forum Europeo della Donna", in rappresentanza delle donne straniere nel settore sanitario italiano.

Siamo stati coinvolti come infermieri volontari durante la festa patronale di San Donato Milanese, offrendo disponibilità e supporto durante l'evento e abbiamo inviato una rappresentanza della comunità peruviana all'evento "Festa della Gente", iniziativa promossa congiuntamente dalla chiesa e dal Comune di San Donato Milanese.

Abbiamo organizzato una campagna infermieristica per la prevenzione del Diabete Mellito nell'ambito del "Festival della Salute" a Monza nel giugno del 2018. La collaborazione è stata sostenuta dall'associazione "Wonderful Life" e sponsorizzata dal Comune di Monza.

## LE ATTIVITÀ SCIENTIFICO-CULTURALI E GLI EVENTI

Il primo Convegno Internazionale Perù Italia, patrocinato dal Consolato Generale del Perù in Italia e dal Collegio Professionale degli Infermieri IPASVI Milano, Lodi, Monza e Brianza, si è tenuto presso la sede del Consolato Generale del Perù a Milano, Via Cagni 4, nell'agosto del 2015. L'AISRO ha inoltre organizzato il primo Congresso Internazionale presso l'IRCCS Policlinico San Donato, nella sede dell'Istituto Clinicizzato San Donato Milanese, con la partecipazione di relatori italiani e stranieri. Il congresso ha visto la presenza di colleghi infermieri provenienti dal Perù e di relatori online dagli Stati Uniti. L'evento si è svolto a San Donato Milanese, nel settembre del 2016.

Il "Venerdì Santa Rosino" è stato un momento di aggiornamento infermieristico inizialmente in presenza, ma successivamente, a causa della pandemia da Covid-19, è stato proposto in modalità a distanza. Questo appuntamento ha coinvolto relatori dall'Italia e dal Perù, tra cui infermieri, medici, psicologi e altri professionisti. È stata un'opportunità per i colleghi di collaborare, condividere iniziative e fare rete per far conoscere la nostra professione.

L'AISRO ha partecipato alle commemorazioni della comunità di San Donato Milanese, inclusi eventi come Pasqua di Resurrezione, Natività del Signore e la festa annuale di Santa Rosa da Lima, coinvolgendo i concittadini fin dagli anni '90. Ha inoltre collaborato con altre associazioni san donatesi per la raccolta di aiuti destinati alle vittime di guerra in Ucraina nel 2022 e partecipa con volontariato presso la Parrocchia San Donato Vescovo e Martire, guidata da don Carlo Mantegazza.

Sempre nel corso della pandemia da Covid-19, l'AISRO ha offerto assistenza infermieristica telefonica permanente, garantendo orientamento, consigli e informazioni 7 giorni su 7 a concittadini, connazionali e a chiunque ne avesse bisogno, anche solo per una parola di conforto.

Tutti i soci partecipano attivamente alle iniziative di ricerca proposte, sia a livello individuale che collettivo, con l'obiettivo di crescita professionale e aggiornamento. Tutti i soci sono registrati nell'ORCID (Open Researcher and Contributor ID).

Attualmente, è in corso un lavoro collettivo con la Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori di Milano, nel progetto di Prevenzione dei Tumori nella popolazione peruviana a Milano.

L'Associazione collabora attivamente con La Orden professionale Infermieristica con una delle sue socie come membro. Tutti i soci sono regolarmente iscritti al Consolato Generale del Perù in Milano (come associazione e volontari) e all'OPI di Milano, Lodi, Monza e Brianza.

## LE PROPOSTE PER IL FUTURO

L'Associazione Infermieri Santa Rosa, considerando i propri obiettivi, si propone di mantenere convegni bilaterali per lo scambio culturale e professionale con università peruviane e italiane, ospedali e istituzioni, per la formazione professionale continua e post-laurea. Ci impegniamo a potenziare il lavoro di squadra in iniziative polispecialistiche, preservando l'autonomia infermieristica. Continueremo a promuovere la diffusione della professione organizzando eventi scientifici infermieristici.

Inoltre, daremo seguito alla proposta di aprire un Consultorio Infermieristico presso la sede consolare, a vantaggio della comunità peruviana e dei cittadini italiani a Milano. Lavoreremo negli ospedali del sistema sanitario pubblico e privato, condividendo le nostre competenze, per favorire l'accoglienza dei pazienti di lingua ispanica.

Collaboreremo attivamente con il Collegio Infermieristico del Perù e l'Ordine Professionale Infermieristico italiano. Promuoveremo lo scambio di conoscenze scientifiche, strategie organizzative, logistiche e deontologiche e continueremo il progetto della banca dati infermieristica.

Infine, promuoveremo, durante gli eventi professionali, tematiche incentrate sulla formazione, con l'obiettivo prioritario di trasmettere alle nuove generazioni i principi fondamentali delle scienze infermieristiche. Ribadiremo l'importanza dell'autostima e dell'orgoglio professionale, promuovendo la resilienza infermieristica come elemento trainante per la crescita personale e professionale, al fine di formare nuove generazioni di leader.

## BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.area-c54.it> Area-54.it N°42 pag.23. Inf. Preciso Katia. Inf. Rossi Cristian. Legge 19.11.1990 n.341
2. <http://www.luoghicura.it> Luoghi della Cura N°4 - 2010. Blasi Silvia, Baubobar Daou, Mutillo Giovanni, Magri Mirian.
3. <https://cdn.publisher.gn1>. Link eean.edu.br.pdf Esc. A. Nery. Rev. de Enf. Rio di Janeiro V4.N3 pag. 385-386. Nelida Centurias N. Sebastián Bustamante E.

**Tiziana Nania**

Referente Formazione Aziendale  
IRCCS Policlinico San Donato  
Tiziana.nania@grupposandonato.it

# I mille volti dell'engagement: dal paziente all'operatore sanitario, alle organizzazioni sanitarie

*The thousand faces of engagement: from the patient to the healthcare worker, to the healthcare organizations*

Nell'ultimo decennio abbiamo sentito parlare troppo spesso di **engagement**. Ma che cosa intendiamo di preciso con questa terminologia prestata dagli anglosassoni? Letteralmente *to engage* significa coinvolgere, interessarsi, intraprendere, occuparsi, a seconda della declinazione e dell'utilizzo che intendiamo farne. Il concetto di engagement ha iniziato a riscontrare una crescente attenzione, in particolare

nel mondo sanitario. La posizione assunta, in chiave moderna, dai pazienti nei confronti della sanità pubblica, gli riconosce un ruolo centrale nel proprio percorso di cura ed è in questa direzione che ci riferiamo ad alcune attività quali la comprensione, l'elaborazione e l'applicazione di informazioni a tutela della propria salute e altrui salute - *health literacy* (Nutbeam & Lloyd 2021), la condivisione con i clinici per visionare e selezionare i trattamenti più appropriati e le opzioni di gestione dello stesso - *decision making* (Lynch et al 2022) e la restituzione di feedback sui processi e sugli outcome di cura. A queste attività prettamente cliniche, un processo innovativo supporterebbe anche l'impegno del paziente nell'ambito della ricerca, in quanto lo stesso potrebbe spaziare da un ruolo passivo (il paziente come fonte di dati) ad un ruolo attivo (il paziente come ricercatore) (Barello et al 2013).

A sostegno di ciò, il concetto di **engagement** fonda le origini delle sue ispirazioni scientifiche nel contesto della patologia cronica in quanto la letteratura ha evidenziato le necessità per un paziente cronico e per il suo caregiver, sia egli formale o informale, di un alto livello di conoscenza, presa di coscienza e alfabetizzazione (Graffigna & Barello 2018). Inoltre, un paziente cronico, soprattutto in età giovanile, sente l'esigenza di rivestire un ruolo attivo e partecipa nella gestione del suo percorso di cura a lungo termine, e non di certo un ruolo passivo e marginale. Si parla dunque di co-costruzione del progetto di cura, con l'obiettivo finale di una maggiore *adherence* terapeutica, di un riconoscimento precoce di



segnali, sintomi e complicanze a lungo termine (Graffigna & Barello 2018; Morelli et al, 2019), di una riduzione dei periodi di degenza e di re-ospedalizzazione dei pazienti, il tutto a favore di una corretta gestione extra-ospedaliera, nello specifico domiciliare e territoriale (Graffigna & Vegni 2017).

Partendo in primis dalla connotazione di patient **engagement**, il concetto richiama i modelli innovativi di cura che pongono al centro del percorso di salute il paziente, prima di tutto come Persona, nella sua interezza e nella sua specificità, miscelanea di caratteristiche organiche e valoriali (Graffigna et al 2017). Nella cultura sanitaria moderna il paziente chiede di essere posto allo stesso livello degli altri attori del mondo della sanità, senza però nessuna sovrapposizione di ruolo, ma con la necessità ed il bisogno intrinseco di stabilire un dialogo autentico e di partecipare ai processi decisionali nei percorsi assistenziali (Graffigna & Barello 2022). Tutto ciò in relazione anche all'aumento delle condizioni di cronicità e alla crescita imponente della popolazione anziana. Questa prospettiva ha indirizzato negli ultimi decenni le aziende sanitarie a focalizzarsi su modelli assistenziali multidisciplinari *patient centred-care*.

Ed è proprio in questo scenario di cambiamenti e forse stravolgimenti del contesto sociosanitario che diviene urgente trovare modelli organizzativi innovativi che favoriscano una migliore sostenibilità ed efficacia dei servizi sanitari. In particolare, il **patient engagement** si distingue oggi come un framework utile per far fronte alle principali sfide legate alla qualità ma anche alla soste-

nibilità delle cure erogate. Il **patient engagement**, "in quest'ottica, assume al contempo un valore etico ma anche pragmatico e può costituire una chiave per la generazione di un cambiamento culturale e organizzativo nell'iter di gestione della malattia cronica" (Graffigna et al 2017).

Pertanto, il progetto di consentire ai pazienti di assumere un ruolo attivo nel proprio percorso di cura è stato identificato a livello nazionale e internazionale un vero fattore innovativo, al fine di migliorare i servizi sanitari per il paziente (Graffigna et al 2017). Nella maggior parte delle fasi del percorso assistenziale c'è in effetti la possibilità per il paziente di contribuire al proprio percorso di cura. Ciò implica anche il coinvolgimento attivo della rete familiare e sociale. La letteratura è oramai chiara: la famiglia e la comunità di riferimento della persona assistita possono costituire un importante **alleato** del sistema sanitario (Graffigna & Barelo 2022).

A fronte di queste considerazioni abbiamo compreso come l'operatore sanitario giochi un ruolo cruciale nella connotazione del *patient engagement*. Ma vestendo le lenti del professionista nei confronti dell'organizzazione quale sfaccettatura assume *l'engagement*? Dopo il processo di selezione delle proprie risorse umane, le organizzazioni si concentrano sulla ricerca e l'implementazione di nuove skill per i propri dipendenti (Dessler 2021). Skill necessarie a migliorare le performance dei lavoratori ed il conseguente raggiungimento degli obiettivi aziendali prefissati. (Delery e Doty, 1996; Zhang et al 2023). Shantz et al. (2016) nel loro studio evidenziano quattro specifiche tipologie di interventi per migliorare le performance: la formazione; le azioni di sviluppo individuale; la partecipazione ai processi decisionali; la comunicazione tra dipendenti e manager. I concetti espressi richiamano il termine *engagement*, nella connotazione specifica di *work engagement*. Il *work engagement* è uno "Stato mentale positivo e di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro caratterizzato da vigore, dedizione e immersione" e può essere inteso come il risultato dell'interazione fra le risorse del contesto lavorativo e i fattori ostacolanti (Schaufeli et al 2002; Shimazu et al 2020).

Tale premessa per sostenere il pensiero che il **work engagement** nella cultura infermieristica in crescita non è un aspetto da sottovalutare. Il concetto di *work engagement* è inteso come un atteggiamento favorente la realizzazione e la motivazione al lavoro e richiede come punto di partenza l'equilibrio fra la dimensione individuale ed organizzativa. Qualora non ci fosse equilibrio fra queste dimensioni il lavoratore potrebbe trovarsi in una situazione di burnout oppure di workaholism (Shimazu et al 2020). La letteratura post-pandemica ha messo in risalto alte percentuali di presenza di burnout nella professione infermieristica (Tomaszewska et al 2022; Couper et al 2022). Le variabili analizzate negli studi sono state molteplici. Ma fattori quali l'empatia professionale, la soddisfazione lavorativa, l'efficace comunicazione tra i diversi livelli gerarchici ed il sentirsi parte di un'organizzazione sono risultati essere fattori protettivi al contrasto di episodi stressogeni e allo sviluppo di burnout (Brera et al 2021). Non da meno una leadership conforme al gruppo di lavoro, può essere predittiva del *work engagement* infermieristico, aiutando a far emergere i livelli manageriali infermieristici come tassello integrante dell'organizzazione (van den Heuvel et al 2020). In conclusione, la soddisfazione lavorativa infermieristica richiede politiche organizzative mirate alla costruzione di meccanismi che promuovano la performance professionale degli infermieri, che

impatterà indirettamente sulla qualità degli outcome assistenziali e sulla creazione di un ambiente favorevole al *work engagement* (Gürbüz et al 2023). Il periodo storico che stiamo vivendo lascia spazio a turnover rapidissimi, cambiamenti aziendali repentini, assortimento professionale strategico e non... dunque a quali riflessioni ci spinge il concetto di *engagement*? Può fungere da cassa di risonanza per una nuova fidelizzazione della professione infermieristica? Può rappresentare la fenice della relazione di cura?

## BIBLIOGRAFIA

1. Barelo, S., Triberti, S., Graffigna, G., Libreri, C., Serino, S., Hibbard, J., & Riva, G. (2016). eHealth for Patient Engagement: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 6, 2013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02013>
2. Graffigna, G., & Vegni, E. (2017). Editorial: Consumer Engagement in Health and Well-being: Theoretical and Empirical Perspectives in Patient Centered Medicine. *Frontiers in psychology*, 8, 1811. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01811>
3. Morelli, N., Barelo, S., Mayan, M., & Graffigna, G. (2019). Supporting family caregiver engagement in the care of old persons living in hard to reach communities: A scoping review. *Health & social care in the community*, 27(6), 1363–1374. <https://doi.org/10.1111/hsc.12826>
4. Graffigna, G., & Barelo, S. (2018). Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. *Patient preference and adherence*, 12, 1261–1271. <https://doi.org/10.2147/PPA.S145646>
5. Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual review of public health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
6. Lynch, B., Ryan, A. A., O'Neill, M., & Penney, S. (2022). The factors that influence care home residents' and families' engagement with decision-making about their care and support: an integrative review of the literature. *BMC geriatrics*, 22(1), 873. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03503-8>
7. Graffigna, G., Barelo, S., Riva, G., Castelnuovo, G., Corbo, M., Coppola, L., Daverio, G., Fauci, A., Iannone, P., Ricciardi, W., Bosio, A.C. (2017) Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Prog Med* 2017;108(11):455-475. doi 10.1701/2812.28441
8. Delery, J.E. and Doty, D.H. (1996) Modes of Theorizing in Strategic Human Resource Management: Test of Universalistic, Contingency, and Configurational Performance Predictions. *Academy of Management Journal*, 39, 802-835. <http://dx.doi.org/10.2307/256713>
9. Zhang, L., Van Iddekinge, C. H., Ployhart, R. E., Arnold, J. D., & Jordan, S. L. (2023). The definition and measurement of human capital resources: A content and meta-analytic review. *The Journal of applied psychology*, 108(9), 1486–1514. <https://doi.org/10.1037/apl0001088>
10. Shantz, A., Arevshatian, L., Alfes, K., Bailey, C. (2016) The effect of HRM attributions on emotional exhaustion and the mediating roles of job involvement and work overload <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12096>Citations: 84
11. Graffigna, G., & Barelo, S. (2022). How does patient engagement work in a real-world setting? Recommendations, caveats, and challenges from a psychosocial perspective. *Patient education and counseling*, 105(12), 3567–3573. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.08.009>
12. Shimazu, A., Bakker, A. B., Demerouti, E., Fujiwara, T., Iwata, N., Shimada, K., Takahashi, M., Tokita, M., Watai, I., & Kawakami, N. (2020). Workaholism, Work Engagement and Child Well-Being: A Test of the Spillover-Crossover Model. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6213. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176213>
13. van den Heuvel, M., Demerouti, E., Bakker, A. B., Hetland, J., & Schaufeli, W. B. (2020). How do Employees Adapt to Organizational Change? The Role of Meaning-making and Work Engagement. *The Spanish journal of psychology*, 23, e56. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.55>
14. Gürbüz, S., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Brouwers, E. P. M. (2023). Sustainable employability and work engagement: a three-wave study. *Frontiers in psychology*, 14, 1188728. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1188728>
15. Couper, K., Murrells, T., Sanders, J., Anderson, J. E., Blake, H., Kelly, D., Kent, B., Maben, J., Rafferty, A. M., Taylor, R. M., & Harris, R. (2022). The impact of COVID-19 on the wellbeing of the UK nursing and midwifery workforce during the first pandemic wave: A longitudinal survey study. *International journal of nursing studies*, 127, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104155>
16. Tomaszewska, K., Majchrowicz, B., Snarska, K., & Telega, D. (2022). Stress and Occupational Burnout of Nurses Working with COVID-19 Patients. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12688. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912688>
17. Dessler, G. (2021) Gestione delle risorse umane. Fondamenti. Pearson Editore
18. Brera, A. S., Arrigoni, C., Dellafiore, F., Odone, A., Magon, A., Nania, T., Pittella, F., Palamenghi, L., Barelo, S., & Caruso, R. (2021). Burnout syndrome and its determinants among healthcare workers during the first wave of the Covid-19 outbreak in Italy: a cross-sectional study to identify sex-related differences. *La Medicina del lavoro*, 112(4), 306–319. <https://doi.org/10.23749/ml.112i4.11316>



**Danilo De Leo**

Infermiere di Pronto Soccorso, Tutor Clinico e Docente MED/45 Università degli Studi di Milano Statale: Storia dell'assistenza Infermieristica, Infermieristica in Area Critica, Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Melegnano e Martesana, Presidio Ospedale Uboldo, Cernusco sul Naviglio (MI).

Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche  
Dottore Magistrale in Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali, in ambito Storico-politologico.

*Nurse in emergency room unit, clinic Tutor and contract teacher MED/45: history of nursing and Critical Care Nursing, nursing undergraduate university course of University of Milan, ASST Melegnano e Martesana, Uboldo Hospital, Cernusco sul Naviglio (MI).*

*Master's Degree in Nursing and Midwifery Sciences*

*Master's Degree in Political Sciences and International Relations, in the historical-political field*

*danilo.deleo@asst-melegnano-martesana.it*

*danilodeleo@gmail.com*

# La scienza e la medicina in Età Moderna tra geni e pratica chirurgica: l'anatomia e i precursori della chirurgia urologica e della robotica

*Science and medicine in the Modern Age between genes and surgical practice: the anatomy and the precursors of urological surgery and robotics*

*In effetti l'uomo si dimostra essere cosa divina perché dove la natura finisce di produrre le sue spetie l'uomo quivi comincia colle cose naturali a fare coll'aiutorio d'essa natura infinite spetie.*

*(Leonardo da Vinci)*

**ABSTRACT**

Breve analisi storica sulle conoscenze scientifiche e mediche in anatomia, fisiologia e chirurgia durante l'età Moderna (1492-1815). L'autore intende ripercorrere brevemente alcune fasi salienti e caratteristiche di tale periodo storico grazie al quale furono messe in campo e rese pubbliche una miriade di innovazioni e scoperte in molti campi della scienza e tecnica, della medicina e chirurgia.

La parola che unisce tale trattazione ruota attorno al concetto di Homo Faber rinascimentale volendo unire ciò che dal passato remoto è giunto fino a noi in termini di conoscenze scientifiche e tecnologiche.

I secoli XVI e XVII furono ricchi di personaggi, idee e innovazioni derivate da conoscenze più antiche; furono anche secoli contraddittori fatti di persecuzioni contro chi osava contraddire ciò che i poteri forti (Impero e Chiesa) imponevano alla società.

L'elaborato si compone sostanzialmente di tre parti spaziando dalle conoscenze e studi in campo di anatomia alle invenzioni tecnologiche che rivoluzionarono il mondo fino alla chirurgia urologica.

**Parole chiave.** anatomia, storia della medicina, storia della chirurgia urologica, storia della scienza.

**Keywords.** Anatomy, History of Medicine, History of Urological Surgery, History of Science.



L'età moderna la si fa iniziare, per pura convenzione, nel 1492 anno della scoperta dell'America per opera di C. Colombo e la si fa finire nel 1815, anno del Congresso di Vienna in cui vennero

restaurate in Europa tutte le monarchie esistenti prima della rivoluzione francese. Il medioevo era stata la fucina ove tutte le esperienze, teorie e conoscenze furono messe in cantiere e tenute in serbo per i secoli successivi, una sorta di "cassaforte", conservando il sapere nei centri di cultura (monasteri e biblioteche vaticane, università e corti reali) in cui lo scibile venne tesaurizzato e spesso sottaciuto per poi esser "riscoperto" nei secoli successivi da persone geniali le quali osarono andando, talune volte, contro corrente. A livello scientifico tutto ciò che era derivato dall'aristotelismo e a livello medico tutte le conoscenze di Ippocrate e Galeno andarono a confluire e a formare un tappeto saldo e radicato di teorie e concetti duraturo nei secoli.

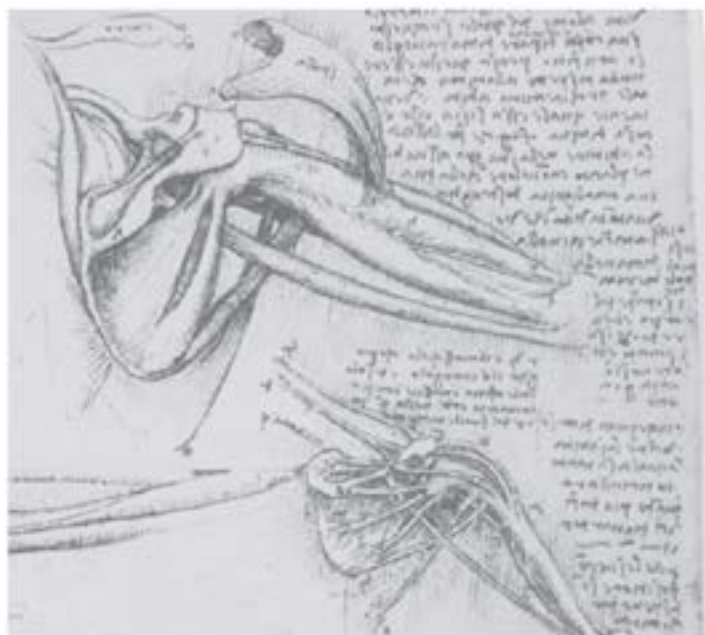


Figura 1 Biblioteca Civica Queriniana di Brescia, Vesalio A., *De humani corporis fabrica*, 1543. Libro digitalizzato (non soggetto a copyright)

### 1. Il secolo dell'anatomia tra genio e sapere scientifico

Nel Cinquecento, nonostante le conoscenze medico-scientifiche fossero ancora legate al metodo ippocratico, vi furono personaggi che andarono oltre la pura teorizzazione e la conoscenza ex ante, andando a constatare con la propria mano e con i propri occhi quello che si leggeva nei trattati teorici di medicina e/o di anatomia, i quali spesso si basavano su conoscenze anatomiche errate o imprecise derivanti dalla dissezione anatomica operata su animali. Andrea Vesalio nel 1543 pubblicava il *De humani corporis fabrica* primo libro della storia ove vi erano contenute figure anatomiche grazie al pittore tedesco Johannes Stephan van Calcar (figura 1); il libro ebbe un enorme successo perché non esisteva niente di simile. Grazie all'uso della prospettiva, van Calcar riuscì a dotare le sue illustrazioni di movimento e per la prima volta era possibile osservare i disegni anatomici in tre dimensioni, il che risultò particolarmente utile a medici e artisti (Vesalio 1543, 2007). Il trattato scritto in latino, abbastanza comprensibile, redatto a stampa secondo i caratteri dell'epoca (ringraziamo Gutenberg

per averla inventata 1453 – 1455); le immagini risultano di una definizione millimetrica da cui si può dedurre l'assoluta precisione e meticolosità del Vesalio nel saper eseguire sia la dissezione precisa e dettagliata delle varie parti anatomiche, che la descrizione della parte anatomica analizzata (Vesalio 1543, 2007).

Leonardo da Vinci non aveva studiato medicina e non utilizzava i propri studi per divulgazione scientifica, rispetto al Vesalio disegnava di proprio pugno ciò che egli stesso vedeva, mediante la dissezione anatomica di cadaveri; unitamente allo scienziato fiammingo (Vesalio) Leonardo può essere considerato a pieno titolo fondatore della anatomia come scienza (Leonardo & Torrini, 2013; Torrini, 2018).

Quello che si deve a questo grande genio è l'invenzione dell'illustrazione anatomica o anche l'immagine esplosa così come tanti altri artisti, tra cui van Calcar, successivamente riprodussero (figura 2). Leonardo dedicò allo studio del corpo umano circa venti anni della sua vita, suddivisi in tre periodi: tra il 1480 e il 1490, quando si trovava a Milano, approfondì i muscoli e le ossa; tra il 1502 e il 1507, studiò a Firenze la meccanica del corpo; dal 1508 al 1513, tra Milano e Roma, analizzò gli organi interni e la circolazione sanguigna, arrivando ad individuare e concettualizzare l'arteriosclerosi (Leonardo & Torrini, 2013; Torrini, 2018).

La vera innovazione nei suoi studi è la ricerca che fa della funzione degli organi ed apparati da lui esaminati: egli applica costantemente lo studio fisiologico a quello anatomico, caratteristiche della "ricerca della funzione" sono le "vedute esplose", che scompongono nello spazio i particolari anatomici, per meglio comprenderli (Leonardo & Torrini, 2013; Torrini, 2018).

Oltre alla pura conoscenza e lo studio per comprendere meglio dall'interno com'era fatta la macchina del corpo umano gli studi compiuti in campo anatomico portarono l'estro creativo del genio a mettere in pratica quanto appreso ed a progettare, nel 1495, l'automa cavaliere; ossia un "robot" meccanico umanoide. Si trattava di una "macchina" progettata, non si sa se mai realizzata, probabilmente per animare le feste nella corte sforzesca milanese (Leonardo, 2019).

Negli appunti del Codice Atlantico e datati 1495 - 1497 si trovano disegni dettagliati per un cavaliere meccanico, vestito di un'armatura del tardo XV° secolo in stile italo-tedesco, che appare capace di effettuare diversi movimenti analoghi a quelli umani: alzarsi in piedi, agitare le braccia e muovere la testa e la mascella in modo anatomicamente corretto, emettendo suoni dalla bocca grazie ad un sofisticato meccanismo di percussioni collocato all'altezza del petto.

Da questo corpus di conoscenze pare che siano derivati, nelle epoche a seguire, molte branche di studiosi o di inventori i quali hanno messo in pratica quanto di teorico fosse stato scritto e documentato dal grande maestro da Vinci nei suoi studi poliedrici e multi disciplinari (Leonardo & Torrini, 2013; Torrini, 2018).

Si può affermare con certezza che oltre ad aver inventato l'illustrazione anatomica, così come tutt'ora la si studia nei vari atlanti anatomici, il da Vinci sia stato anche precursore della robotica e in modo correlato della meccanica automatizzata.

### 2. La via de cavar la pietra pratica chirurgica in età moderna

In campo chirurgico l'urologia si riduceva alla cosiddetta "operazione della pietra" cioè all'intervento per calcolosi vescicale: una

patologia molto diffusa che fu oggetto di attenzione particolare già a partire dal Basso Medioevo. A tal proposito fu messo a punto il piccolo apparato che consisteva in una incisione perineale mediana o lateralizzata sul calcolo, individuato tramite esplorazione rettale. Il grande apparato invece era caratterizzato dall'esecuzione della cistotomia per via perineale sulla guida di una sonda rigida, introdotta nell'uretra, per fare da punto di riferimento nell'abbordare il collo della vescica e nell'estrarre la pietra con lo strumento corrispondente (Fratricelli, 1995; Herr 2008).

Antonio Guarnero raggiunse la celebrità tra la fine del XIV secolo e l'inizio del XV, ricordato per la sua descrizione della ritenzione urinaria causata dalla presenza di calcoli nella vescica e per il suo originale metodo di cura di tale affezione consistente nel rigirare sottosopra il paziente, scuotendolo e percuotendolo, oggi diremmo che si trattava di ciarlataneria. Egli tuttavia fece anche uso di cateteri di metallo e di materiale cereo per forzare le stenosi uretrali.

Tra il 1400 e il 1700 furono molto attivi i chirurghi di Norcia e quelli della città di Preci, i quali divennero famosi per la loro capacità di esecuzione, con ottimi risultati, di interventi chirurgici come quelli di ernia, mentre in urologia applicarono gli interventi di litotomia precedendo Pierre Franco (1505 - 1579) di oltre un secolo. Franco praticò la litotomia solo una volta in un bambino per un caso difficile di litiasi vescicale, e come è successo molte volte nella storia, a lui venne riconosciuto il merito di aver eseguito per primo la epicistotomia (taglio mediano dell'addome al di sopra della sinfisi pubica), quando invece i Norcini e i Preciani l'avevano praticata con regolarità parecchie volte nei decenni precedenti (Markatos et al. 2019).

La diffusione a Firenze, del testo originale del De Medicina di Celso, aveva riportato in voga tale tipo di intervento denominato il piccolo apparato. Si trattava sostanzialmente nel distendere il paziente sul dorso, con le cosce flesse, legato saldamente e trattenuto ai due lati da uomini robusti. Il chirurgo con una mano individuava il calcolo attraverso l'ano, con l'altra mano cercava poi di spingerlo verso il basso, premendo sull'addome. Si praticava quindi un taglio sul perineo e si procedeva all'estrazione del calcolo (Herr, 2008).

Intorno al 1520, a Cremona Jean Desromains, alla fine della sua vita immaginò un percorso per estrarre i calcoli ed una sonda uretrale metallica scanalata attraverso la quale accedere. Dopo aver aperto il perineo e l'uretra prostatica, tenendo i pazienti con le gambe piegate sui fianchi e le ginocchia flesse in modo da toccare quasi il petto, veniva introdotto nella scanalatura uno strumento, detto il litotomo, responsabile della rottura della pietra e dell'estrazione dei suoi detriti. Desromains affidò questa tecnica al suo amico Marianus Sanctus (1489 -?) che la pubblicava con il *Libellus aureus de lapide a vesica extrahendo* (1522). Questa fu la prima innovazione chirurgica ad essere conosciuta con la Stampa, il Metodo Mariano, adottato immediatamente in tutta Europa, soppiantando dopo circa un millennio e mezzo il vecchio metodo di Celso (Avicenna & Santo, 1543).

Le taglie e i tagli degli strumenti iniziarono a diventare di maggiori dimensioni, poiché le novità dei dispositivi era in aumento: novacula (rasoio a forma di coltello), esploratore (bastoncino), aperiens (dilatatore), pinza e scartatore, coclea (cucchiaio o curette), ecc. I chirurghi del Rinascimento dal metodo Mariano in poi

non disprezzarono più la grandezza degli strumenti; il successo fu tale che i chirurghi si specializzarono nella litotomia, con segreti professionali di famiglia, collegati ai nuovi strumenti che richiedevano una formazione specifica. Si cercava di controllare le emorragie comprimendo attraverso garze imbevute di vino o aceto; le arterie potevano essere legate con un ago uncinato e filo; la ferita veniva lasciata aperta in modo che urina, sangue e frammenti di calcoli potessero defluire (Lippi, 2000).

Tra i cerusici del Seicento fu particolarmente famoso Tommaso Alghisi (1667-1724), archiatra del Papa Clemente XI, tra i primi e più importanti urologi toscani, che scrisse il testo *Litotomia ovvero del cavar della pietra*, in cui esponeva la tecnica da seguire per attuare l'operazione: le XVI tavole che corredano l'opera illustrano l'anatomia dei vasi urinari, dell'uretra dell'uomo, della

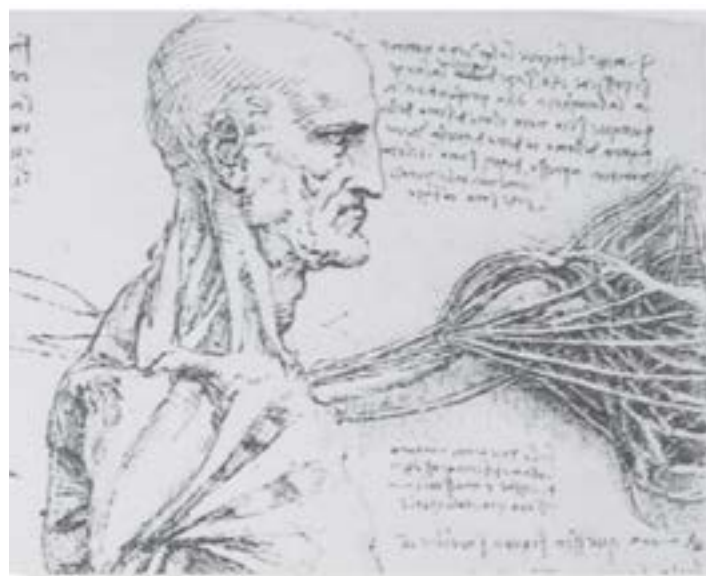


Figura 2 Articolazione della spalla - in alto: parzialmente "esplosa", per mostrare le inserzioni muscolari. - in basso e a destra: i muscoli sono schematizzati come corde, per spiegarne la funzione, secondo linee di forza (immagini di dominio pubblico non soggette a copyright)

vescica urinaria della donna, di pietre ritrovate in varie parti del corpo, nonché i diversi strumenti usati (siringhe, fasce e lancettoni). Alghisi considerava troppo pericoloso l'intervento secondo Celso e seguiva invece un metodo molto semplice di cistotomia perineale che cominciava con un taglio laterale, eseguito con siringone scannellato, lancione a lingua di botte, conduttore e con una tenaglia da lui stesso ideata, consigliando di tritare il calcolo se fosse stato troppo voluminoso. Per questo motivo Alghisi viene considerato il primo ideatore della tecnica della litotrixis (Alghisi, 1707).

Per quanto riguarda la metodica, il trauma alla prostata ed al collo vescicale era intenso, l'emorragia poteva essere grave e l'estrazione di grandi calcoli attraverso l'uretra era spesso molto difficoltosa. Sebbene l'incontinenza, le fistole e la disfunzione erettile, se non la morte, fossero frequenti sequele, la pratica fiorì in Europa, ed ogni litotomista inventò la propria collezione di strumenti specializzati e sempre più sofisticati per estrarre calcoli.



### 3. Geni dell'età moderna: agli albori della robotica

Da sempre l'uomo nutre la smisurata aspirazione di imitare l'atto divino della creazione. Più o meno dichiarata, questa ambizione serpeggia in tutta la storia umana e ha ispirato miti, leggende e romanzi di grande suggestione, dal racconto del Golem a quello di Frankenstein. Il termine "robot" indica una macchina automatica che, coordinata da un elaboratore elettronico, svolge compiti non predeterminati in sostituzione dell'uomo; apparato meccanico ed elettronico programmabile, impiegato nell'industria, in sostituzione dell'uomo, per eseguire automaticamente e autonomamente lavorazioni e operazioni ripetitive, o complesse [...] (Sabatini, 2003).

Tale termine lo si può sostituire con il sinonimo più generico e meno comune di "Automa" che per forma e movimenti è simile all'uomo (Diz. Lingua Italiana, 2003).

Il pensiero scientifico occidentale, o meglio dire dell'Europa continentale, era derivato da conoscenze molto più antiche e provenienti da un'altra area geografica del Mediterraneo; molti scritti teorici e tecnici furono perduti sia per cause non volute (esempio i plurimi incendi della biblioteca di Alessandria d'Egitto tra il 48 a.C. ed il 642 d.C.) che per cause volute (esempio la cultura cristiana che tendeva ad occultare tutto ciò che era pagano). Per comprendere le basi del pensiero scientifico applicato alla tecnologia sotto forma di innovazioni tecniche o tecnologiche si deve andare proprio nel sud dell'area mediterranea, più precisamente in età ellenistica (III° secolo a.C.) ad Alessandria d'Egitto. Tramite uno scrittore romano e ingegnere, Marco Vitruvio Pollione (80 a.C. - 15 a.C.), siamo a conoscenza che durante i regni di Tolomeo II e Tolomeo III di Alessandria un certo Ctesibio era considerato il massimo esponente della scienza ed inventore di molti dispositivi automatici funzionanti ad acqua o ad aria come l'organo a canne e l'orologio ad acqua (Zanetti C, 2019).

In età moderna fu ancora una volta un ingegnere italiano, Juanello Turriano, maestro orologiaio di Carlo V e poi di Filippo II. Nel 1530, quando Carlo V venne a Bologna per l'incoronazione, chiese di far riparare l'orologio astronomico di Dondi, a Padova, risalente al Trecento. Il lavoro venne affidato a Torriani, ma l'orologio astronomico era così danneggiato che decise di farne uno nuovo, con duemila ruote dentate, molto più bello e completo rispetto all'orologio datato e malmeso. A questo progetto Torriani vi lavorò per circa vent'anni sia nel progettare che nella realizzazione. Torriani si occupò di meccanica, ingegneria e architettura: progettò palazzi, automi meccanici e compì opere di idraulica; morì nel 1585 e dai suoi contemporanei venne, a ragione, considerato il nuovo Archimede (Dizionario biografico degli italiani. 2000).

Diciamo che Leonardo da Vinci pose le basi e Torriani, dal suo canto, si specializzò in meccanismi e congegni sempre più sofisticati e capaci di processi multipli simultanei ed automatici.

### 4. Conclusioni

Quanto esposto vuole dimostrare come il pensiero scientifico fosse collegato in una sorta di continuum spazio-temporale: dalle opere di grandi geni del III° secolo a.C., passando per il medioevo per poi sfociare nella riscoperta, durante il Cinquecento, degli antichi saperi. La tecnica figurativa di Leonardo del disegno esplosivo applicata poi da van Calcar nelle illustrazioni anatomiche del Vesalio; la tecnica litotomica fondamentalmente si basava sul-

lo stesso principio teorico ma con stili di intervento e strumenti diversificati. Geni del Cinquecento, come Leonardo e Torriani, posero quelle basi scientifiche affinché quel sapere nascosto per secoli tornasse nuovamente a circolare nella comunità scientifica del tempo. Unica differenza magari la si può trovare nelle metodologie applicative o nell'utilizzo di materiali diversi rispetto alle epoche precedenti.

Gli automi, costruzioni meccaniche, orologi, organi di varie forme e dimensioni, creature zoomorfe o antropomorfe, sembravano comportarsi come esseri viventi. All'inizio, destarono lo stupore misto alla riverenza verso il "divino" celando quell'aspirazione a governare il mondo mediante la "magia". Successivamente questi "giocattoli" divennero stimolo alla riflessione sulle potenzialità tecniche dell'uomo e da quel momento l'elemento del meraviglioso cominciò ad essere sostituito dalle finalità pratiche.

### BIBLIOGRAFIA

- Alghisi, T., (1707). Litotomia, ovvero, Del cavar la pietra. In Firenze: Nella stamp. di Giuseppe Manni [...]
- Avicenna e Santo, M., (1543). *Mariani sancti barolitani philosophi ac medici celeberrimi ad communem medicorū chirurgicorum usum commentaria nuper in lucem aedita in auicennae textū*. [online]. Apud Haeredes Lucaeantonij lunte, die. xx. mense Iulij. [Consultato il 18 giugno 2023]. Disponibile da: doi: 10.24157/arc\_8116
- Dizionario biografico degli italiani., (2000). Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana.
- Dizionario della lingua Italiana, (2003). Il vocabolario Treccani. Roma: Istituto della Enciclopedia italiana.
- Fratelloni G., (1995). *Storia curiosa dell'infettivologia*. Zeneca; 1995.
- Herr H. W. (2008). 'Cutting for the stone': the ancient art of lithotomy. *BJU international*, 101(10), 1214–1216. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2008.07510.x>
- Leonardo e Torrini, A. P., (2013). *Leonardo da Vinci: l'uomo universale*. Firenze: Gamm, Giunti.
- Lippi, D., (2000). *La medicina: gli uomini e le teorie*. Bologna: CLUEB.
- Markatos, K., Karamanou, M., Korres, D., Tsourouflis, G., Damaskos, C., Garmpis, N., & Androustos, G. (2019). Pierre Franco (1505-1578): An Innovative Surgeon of the 16th Century in the Treatment of Hernia and Lithotomy. *Surgical innovation*, 26(1), 129–133. <https://doi.org/10.1177/1553350618812280>
- Sabatini, F., (2003). *Il sabatini coletti: dizionario della lingua italiana* : [2004]. Milano: Rizzoli Larousse.
- Torrini, A. P., (2018). *L'Uomo vitruviano di Leonardo da Vinci*. Firenze - Italia: Giunti.
- Vesalius, A., (1543). *De humani corporis fabrica libri septem*. Basileae: [Ex officina I. Oporini.
- Vesalius, A., (2007). *On the fabric of the human body: A translation of De humani corporis fabrica libri septem*. Novato, Calif: Norman Pub.
- Zanetti C. (2019). Torriani, Janello, *Dizionario Biografico degli Italiani*. In Treccani.

**Nessun conflitto di interessi da dichiarare:** non presenti rimandi a pubblicità o prodotti commerciali e nessun rimando a scopi politici. Le immagini utilizzate sono di dominio pubblico pertanto non soggette a copyright. Nessuna forma di finanziamento.



Corresponding Author

**Stefania Tinti**

PhD, RN, DChem

Corso di Laurea in Infermieristica

Università degli Studi di Milano

Sezione di Rho

stinti@asst-rhodense.it

stefania.tinti@unimi.it

**Maria Pia Cappuccio**, Azienda

Socio-Sanitaria Territoriale

Rhodense

**Annalisa Alberti**, Corso di Laurea

in Infermieristica, Università degli

Studi di Milano, Sezione di Rho

**Franco Barbieri**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Simona Cassioli**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Daniela Angiola Di Carlo**,

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale

Rhodense

**Franca Di Nuovo**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Renato Durello**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Maria Teresa Filardi**, Azienda

Socio-Sanitaria Territoriale

Rhodense

**Sabrina Giudici**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Renzo Guttadauro**, Azienda

Socio-Sanitaria Territoriale

Rhodense

**Mariangela Landolfo**, Azienda

Socio-Sanitaria Territoriale

Rhodense

**Roberta Laurora**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Mara Puricelli**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Louis Putignano**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Adelina Salzillo**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Stefania Sarni**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

**Alessandra Scudieri**, Azienda

Socio-Sanitaria Territoriale

Rhodense

**Elena Toniolo**, Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale Rhodense

*Tutti gli autori hanno partecipato all'ideazione e alla stesura o alla revisione critica, e hanno approvato la versione finale dell'esperienza proposta.*

*Gli autori dichiarano assenza di conflitto di interessi e di fonti di finanziamento.*

**Parole chiave.** Giornata mondiale dell'igiene delle mani, igiene delle mani, lavaggio delle mani per i bambini, prevenzione delle infezioni, promozione della salute, ruolo dell'infermiere

**Key words.** Children hand-washing, hand hygiene, health promotion, infection prevention, kids hand washing, nurse role, world hand hygiene day

# Non solo 5 maggio: quando l'igiene delle mani diventa un gioco con i bambini per apprendere i buoni comportamenti

*Not just May 5: When hand hygiene becomes a children game to learn good behaviors*



**John Tremamondo**, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense

**Rosanna Veronese**, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense

**Loredana Viviano**, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense

**Martino Trapani**, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense

## INQUADRAMENTO GENERALE

L'igiene delle mani, per il *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta, assume un fondamentale rilievo poiché considerata la misura più importante per prevenire la diffusione delle infezioni (CDC, 2019). Questa affermazione, valida per tutti i contesti sociali che caratterizzano la vita degli esseri umani, diviene ancora più importante se inserita in alcuni contesti specifici come le articolazioni organizzative delle istituzioni ospedaliere, le istituzioni socio-sanitarie per anziani e gli ambiti scolastici. Infatti le mani sono il primo ricettacolo di germi, rappresentati per una percentuale risibile, da microrganismi non patogeni e generalmente presenti sulla cute come i saprofiti. Tuttavia, a questa quota, possono aggiungersi virus e batteri che si depositano sulle mani quando tocchiamo le superfici o gli oggetti di uso comune con cui veniamo quotidianamente a contatto. Oppure quando questi sono presenti nell'aria che respiriamo. La proliferazione dei germi, nelle condizioni ambientali ideali, si sviluppa, annidandosi negli spazi e proliferando in maniera esponenziale, sopravvivendo per ore su superfici come tavoli, sedie, telecomandi, telefoni, device informatici, giocattoli, monete e carta-monete, asciugamani che, una volta entrati in contatto con le nostre mani, possono veicolare i germi a naso, bocca e occhi (CDC, 2019).

La gravità e la severità delle malattie che i germi patogeni possono provocare, attraverso il contatto diretto, variano da situazioni cliniche come le malattie da raffreddamento a quelle più impegnative come la recente infezione da SARS-CoV-2 o le infezioni correlate alle pratiche assistenziali, cosiddette ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza), più comuni nei contesti ospedalieri o di comunità. L'igiene delle mani rappresenta la salvaguardia più efficace contro le ICA e la pietra miliare di qualsiasi iniziativa efficace di prevenzione e controllo delle infezioni. La forte correlazione tra il miglioramento delle pratiche legate al lavaggio delle mani tra i professionisti della salute e la riduzione dei tassi di infezione e di trasmissione delle infezioni nosocomiali è stata confermata (Allegranzi & Pittet, 2009, Grayson et al., 2018, WHO, 2009). Agire dunque sulla prevenzione della trasmissione, significa interrompere la catena mani-naso-bocca-occhi e ridurre, di fatto, l'impatto della diffusione dei microrganismi deputati all'insorgenza di malattie infettive (CDC, 2019).

In questo scenario dunque, dal 2009, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) celebra, con una giornata dedicata, la 'Giornata mondiale dell'igiene delle mani' per ricordare l'importanza di questo gesto semplice, ma essenziale per la prevenzione delle malattie trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura. Dunque il 5 maggio diviene per i Professionisti della salute, un momento di riflessione sui comportamenti e le buone pratiche per la salvaguardia della propria salute, e, in particolar modo per quella degli assistiti (WHO, 2023).

Nel 2023, infatti, lo slogan della Giornata "Salva vite: igienizza le mani", dichiara in modo aperto e franco quanto una procedura veloce, pratica, semplice e a basso costo, come il lavaggio delle mani, possa abbassare notevolmente la migrazione dei germi patogeni, riducendo così giornate di ospedalizzazione e conseguenti danni agli assistiti (ISS, 2023a).

Il personale scolastico, in collaborazione con gli operatori sanitari, ha l'opportunità di assumere un ruolo guida nell'insegnare ai bambini e agli studenti in generale la prevenzione delle malattie. Il lavaggio delle mani, l'azione più importante in questo senso rappresenta una sfida nell'ambiente scolastico. Uno studio quasi sperimentale sull'efficacia di un intervento basato su lezioni sul lavaggio delle mani e sulla salute ha migliorato l'apprendimento degli studenti sulla trasmissione e la prevenzione delle malattie e sul ruolo chiave del lavaggio delle mani (Celik & Pancoe, 2012, WHO, 2020).

### Contestualizzazione dell'esperienza

ASST-Rhodense, Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Regione Lombardia, situata a nord-ovest di Milano in una delle aree più urbanizzate ed industrializzate dell'hinterland, ha una capienza territoriale che comprende i bacini del rhodense, del garbagnatese e del corsichese con una popolazione media pari a 480.425 abitanti (Piano Performance- ASST-Rhodense, 2022-2024).

Da anni la Direzione strategica ha formalizzato, tra le finalità organizzative, anche in ragione dei disposti normativi in materia, un gruppo permanente, dedicato alla Promozione della Salute sulle indicazioni del progetto WHP "Aziende che promuovono salute", allo scopo, di individuare e promuovere quei comportamenti educativi virtuosi nei confronti di tutti i professionisti, affinché si aumenti la consapevolezza dell'importanza del mantenimento

dello stato di salute e di benessere fisico, psichico e ambientale.

Lo sforzo ulteriore di questa esperienza, è stato quello di "esportare" le competenze educative insegnate e successivamente apprese all'interno dell'ASST, anche al di fuori del contesto sanitario, ovvero nei Centri estivi del comune di Garbagnate Milanese, dove, nei mesi di giugno e luglio 2023, alcune infermiere epidemiologiche e altre infermiere di Famiglia e Comunità afferenti alla Casa di Comunità, supportate dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della Università degli Studi di Milano, sezione di Rho, hanno insegnato ai bambini l'importanza del lavaggio delle mani, attraverso esperienze sensoriali e ludiche.

### OBBIETTIVO

Lo scopo dell'esperienza, condotta da ASST-Rhodense nei Centri estivi per minori del Comune di Garbagnate Milanese, è di far apprendere ai bambini l'importanza del lavaggio delle mani nelle azioni di vita quotidiana, avviando un modello educativo e formativo replicabile e contestualizzabile nei differenti setting.

### RISULTATI

Sono stati organizzati giochi a tema per i bambini della scuola materna ed elementare nelle due giornate del 28 giugno e 18 luglio 2023, coinvolgendo circa 290 bambini (dai 3 anni ai 13 anni), coadiuvati da 20 educatori, 5 infermiere e 9 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica. Lo scopo delle due iniziative è stato quello di trasmettere l'importanza del lavaggio delle mani attraverso differenti giochi come più delineato in Tabella 1, sostenendo il ruolo fondamentale dell'Infermiere nelle tematiche della promozione della salute e prevenzione delle malattie. (Tabella 1)

Per tutti il ritrovo presso il Centro estivo è stato alle ore 9.00 con avvio delle attività alle ore 9.30 dopo l'espletamento delle procedure burocratiche, come, ad esempio, la suddivisione in squadre, composte da circa 15 bambini ciascuna. Il personale dell'ASST Rhodense era presente su 6/7 postazioni: Memo, Gioco delle mollette, Gioco dell'oca, Gioco dell'acqua e dei tappi di sughero, Pesca dei batteri, piccolo esperimento con Filastrocca e solo per i più grandi (ragazzi delle scuole medie) Gioco dell'impiccato. Fondamentale anche il ruolo degli educatori, già noti ai bambini, che accompagnavano le varie squadre ruotandole ogni 20 minuti, durata di ogni singola attività. Divertente, ma assolutamente d'impatto, il mimo della Filastrocca insegnata ai bambini, con replica dei movimenti utili per il lavaggio delle mani dell'OMS, a sottolineatura delle azioni richieste dalla canzone.

A conclusione delle attività, tutti i partecipanti si sono ritrovati nella palestra del Centro estivo per la consegna dei Diplomi.

*"Da numerose evidenze scientifiche emerge che le competenze cognitive, socio-emozionali e fisiche di un individuo si formano a partire dalla nascita e nei primi anni, caratterizzano l'intero corso della vita, e si ripercuotono anche sullo sviluppo delle generazioni successive. La promozione della salute nel contesto scolastico può essere definita come l'insieme delle azioni e delle attività intraprese per migliorare e/o proteggere la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica"* (ISS, 2023b).

Questa affermazione, unita alla consapevolezza che la promozione di stili di vita salutari possa essere materia di insegnamento, ha spinto il gruppo di formatori a strutturare percorsi ad hoc consentendo ai bambini di esperire le diverse situazioni proposte,

**Tabella 1. Attività ludiche e sensoriali proposte ai bambini**

Operatori ASST-Rhodense	Gioco	Luogo	Rotazione Squadre	Materiale
n. 1 Infermiera	Memo	Aula	Classe 1	Disponibili 12 mazzi di carte
n. 1 Infermiera	Delle Mollette	Palestra	Classe 2	Disponibili 80 mollette
n. 1 studente CLI	Dell'oca	Cortile esterno	Classe 3	Percorsi a terra (serpentone, dama, start e chiocciola) Scotch di carta, 4 dadi grandi, stampe in carta
n. 1 studente CLI	Mimo	Salone	Classe 4	Immagini di attività o strumenti sanitari
n. 1 studente CLI	Con acqua e tappi in sughero	Giardino	Classe 5	2 mestoli, 2 secchi, tappi in sughero, 2 contenitori trasparenti
n. 1 Infermiera	Esperimento	Aula	Classe 6	Acqua, sapone liquido, pepe
n. 1 studente CLI	Pesca Batteri	Aula	Classe 7	Costruzione canna da pesca, stampe con batteri, sapone
n. 1 Infermiera	Impiccato*	Aula	Classe 8	Lavagna e gessetti, frasi legate al lavaggio delle mani
n. 1 Infermiera	Canzone intrattenimento	Aula	Classe 9	Testo e/o base già utilizzata nel Centro Estivo

Abbreviazioni: CLI: Corso di Laurea in Infermieristica sede di Rho  
\* solo per la scuola media

sotto forma di gioco, per strutturare un pensiero critico sul tema del lavaggio delle mani come primo elemento di attenzione per prevenire la diffusione di microrganismi. Dunque, i bambini di ciascuna classe venivano accompagnati dagli educatori nelle singole postazioni di gioco- apprendimento e, al loro arrivo, l'infermiera o lo studente presentavano, con parole semplici, il loro ruolo e l'importanza del lavaggio delle mani. Come recita l'OMS: "Con l'igiene delle mani è possibile rimuovere i germi patogeni presenti sulla cute, attraverso un'azione meccanica. Ma non basta aprire il rubinetto e passare le mani sotto il getto dell'acqua per eliminare il problema. Esistono semplici regole per un efficace e igienico lavaggio delle mani." si sono veicolati messaggi chiari e precisi per insegnare i corretti movimenti del lavaggio delle mani. Allo scopo i sanitari hanno cantato e mimato una canzoncina dedicata e hanno invitato i bambini ad imitarli mantenendo il tempo musicale. I piccoli si sono divertiti a ballare a tempo di musica riproducendo correttamente i movimenti dell'igiene delle mani. Inoltre per far comprendere l'importanza dell'azione del sapone sulle mani e dare evidenza di come i microrganismi "invisibili" possano annidarsi sulla cute, è stato effettuato un piccolo esperimento utilizzando acqua, pepe e sapone: in un piccolo recipiente con acqua, è stato versato in superficie del pepe nero in polvere ed è stato chiesto ai bambini di immaginare che i piccoli granelli di pepe, disposti in modo uniforme sulla superficie dell'acqua, fossero i microrganismi. E' stato poi versato del sapone su un dito di un operatore sanitario ed immerso nell'acqua al centro del recipiente. L'esperimento dunque constava nel dimostrare ai bambini come si creava un alone privo di pepe intorno

al dito, sottolineando così l'evidenza scientifica di quanto le mani siano colonizzate da microrganismi. Per sostenere poi la tesi della colonizzazione dei germi e della loro differente tipologia, è stato proposto il 'Gioco del Memo', distribuendo carte con immagini colorate e stilizzate dei microrganismi e chiedendo ai bambini di accoppiare i germi della stessa forma. I piccoli hanno posto attenzione e curiosità relativamente alle diverse tipologie e numerosità delle specie, apprendendone così le differenti forme (Foto n. 1).



Gioco del Memo



Mantenendo l'attenzione sulla colonizzazione dei germi su oggetti e superfici è stato proposto il 'Gioco delle Mollette', dove ciascun bambino doveva attaccare le mollette-germe sul camice dell'operatore sanitario, a dimostrazione di come il contatto con mani sporche possa contaminare oggetti e ambiente. I bambini si sono cimentati ad attaccare le mollette nei punti più difficilmente raggiungibili come colletto, tasche, attaccatura bottoni, polsino o orlo basso del camice. Per ragionare invece, sulla prevenzione della trasmissione di germi a terzi, i bambini sono stati coinvolti nel 'Gioco della Pesca' dei batteri (tappi di sughero adattati a germi) in un recipiente di acqua. Vinceva chi ne pescava il maggior numero (Foto 2-3).



Gioco della Pesca dei batteri

Coinvolgendo un gruppo di ragazzi più grandi (scuola media di primo grado) si è proposto il 'Gioco dell'Impiccato', fornendo parole chiave o concetti da completare, che avessero un significato legato alla promozione della salute o alla prevenzione delle malattie. Una volta trovata la soluzione, gli operatori sanitari proponevano un approfondimento sul tema. Per i più piccoli, invece, il 'Gioco del Mimo' ha consentito di apprendere quelle azioni sanitarie difficilmente comprensibili ai non addetti.

In conclusione, il 'Gioco dell'Oca gigante', a pavimento, ha consentito di trasferire la consapevolezza che esistono comportamenti corretti e dunque virtuosi, da replicare, ed altri da bandire. Gli stessi bambini erano le pedine del gioco e, se il dado consentiva di fermarsi sulla casella dove era riportato il comportamento corretto, come ad esempio, l'immagine del lavaggio delle mani, consentiva al bambino di avanzare di tre caselle. In alternativa, l'immagine di un germe o di un comportamento scorretto, impediva l'avanzata. Per chiudere la giornata, tutti i bambini e gli operatori sanitari, accompagnati dagli educatori, in palestra, hanno cantato e mimato la canzone di apertura e hanno ricevuto un attestato di partecipazione ad un insolito, movimentato ma efficace momento di prevenzione e formazione.

### CONCLUSIONI

Partecipazione, entusiasmo, e vivacità hanno reso possibile una esperienza educativa che ASST-Rhodense intende replicare anche in altri contesti formativi, certa del fatto che un messaggio importante e fondamentale come il lavaggio delle mani, sebbene semplice, se veicolato con azioni ludiche, rimane maggiormente impresso e, auspicabilmente non dimenticato. Lavarsi le mani correttamente impedisce la trasmissione dei microrganismi responsabili di molte malattie infettive, dalle più frequenti come l'influenza e il raffreddore, a quelle più severe come le infezioni gravi, pertanto diventa imprescindibile che questo gesto semplice sia interiorizzato fin dalla prima infanzia anche sotto forma di attività ludica per diventare un bagaglio culturale capace di garantire la salvaguardia della propria salute e il rispetto di quella degli altri.

### BIBLIOGRAFIA MIRATA

- Allegranzi, B. & Pittet, D. (2009) Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect*, 73, 305–315.
- Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (2022-2024). Piano delle Performance.
- CDC (2019) Center Disease Control Hand Hygiene in Healthcare Settings. Available online: <https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html> Accessed: [10/05/2023].
- Celik, L. & Pancoe, D. (2012) Healthy school environment: effectiveness of hand washing instruction in an elementary school setting. *NASN Sch Nurse* 27(4), 194-196.
- Grayson, M., et al. (2018) Hand Hygiene Australia and the National Hand Hygiene Initiative. Effects of the Australian national hand hygiene initiative after 8 years on infection control practices, health-care worker education, and clinical outcomes: a longitudinal study. *Lancet Infect Dis* 18, 1269–1277.
- ISS (2023a) Istituto Superiore di sanità Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani 2023. Available online: <https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2023> Accessed: [10/05/2023].
- ISS (2023b) Istituto Superiore di Sanità La promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per la prima infanzia. Available online: <https://www.epicentro.iss.it/scuola/promozione-salute-scuola-infanzia> Accessed: [15/03/2023].
- WHO (2009) World Health Organization WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge: Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization, Patient Safety.
- WHO (2020) World Health Organization Improving early childhood development: WHO Guideline. Available online: <https://www.who.int/publications/item/97892400020986> Accessed: [15/03/2023].
- WHO (2023) World Health Organization World Hand Hygiene Day. 5 May 2023. Available online: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2023> Accessed: [5/05/2023].



**Gabriella Facchinetti**

RN, MSN, PhD\*\*,\*\*

\*Fondazione Alberto Sordi - Via Alvaro del Portillo 5 Roma 00128

\*\*Università Campus Bio-Medico, Corso di Laurea in Infermieristica, Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia Roma

[g.facchinetti@unicampus.it](mailto:g.facchinetti@unicampus.it)

# Formando gli assistenti familiari: l'esperienza della Fondazione Alberto Sordi

*Training paid caregivers: the experience of the Alberto Sordi Foundation*

## INQUADRAMENTO GENERALE

Se è vero che "le cose iniziano ad esistere quando diamo loro il nome" come sosteneva il famoso sociologo Zygmunt Bauman, la coniazione del termine "assistente familiare" nel 2020 al posto di quello comunemente conosciuto come "badante", ha avviato un percorso di riconoscimento di questa professione dandole più dignità e tutela. Infatti, dare il nome a qualcosa descrive un vero e proprio processo culturale e allo stesso tempo intellettuale di importanza assolutamente primaria. E l'assistente familiare è una figura di importanza primaria come dimostrato dai più recenti studi sulla non autosufficienza.

Il VII rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia ha evidenziato il ricorso diffuso al servizio di assistenti familiari o caregiver formali (Gori, 2013). La loro presenza è citata e considerata solo marginalmente nelle ricerche sul territorio anche se è rilevante e fondamentale come quella dei caregiver familiari. Infatti, la richiesta di assistenti familiari era presente già negli anni Novanta a fronte di un evidente "care gap" dovuto a fattori quali: il cambiamento del contesto sociale, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, ecc. (Fosti & Notarnicola, 2014). Inoltre, la carente risposta del servizio pubblico all'aumento della domanda di cura ha creato un gap a cui le famiglie hanno dovuto supplire attraverso un mercato informale, più o meno regolarizzato, di assistenti familiari quale soluzione obbligata per affrontare situazioni che richiedevano assistenza a lungo termine per l'anziano con bisogni socio-sanitari complessi.

Secondo i dati dell'Inps le persone regolarmente occupate come assistenti familiari nel 2022 in Italia erano 430.000, di cui il 92% donne, di età medio alta: il 55,6% ha infatti più di 50 anni, e il 21,4% supera la soglia dei 60 anni di età; solo il 19,3% ha un'età inferiore ai 40 anni (Gori, 2013).

Tra le assistenti familiari il numero di italiani è ridotto (27,3%) e il lavoro tende ad essere quasi esclusivo appannaggio femminile: gli uomini sono solo l'8,4% del totale. La gran parte dei collaboratori

proviene dall'Est Europa: paesi come Romania, Ucraina, Moldavia, Albania contribuiscono a circa la metà (51%) dell'occupazione domestica nel nostro Paese. A seguire, circa il 14% dei lavoratori proviene dall'America Centro Meridionale e un altro 14% dai Paesi Asiatici, a esclusione delle Filippine, da dove viene il 10,6% dei collaboratori. È invece originario dell'Africa il 9,6% (Rapporto AssindatColf, 2023). Il 40% degli assistenti familiari regolarmente assunti è una stima prudente basata su diverse fonti ma si ipotizza che esistano altre 600.000 persone coinvolte senza un contratto regolare raggiungendo così un numero totale degli addetti di circa 1 milione (Pasquinelli & Rusmini, 2013). Considerando che gli anziani con limitazioni funzionali che vivono a casa propria sono stimati in 2,6 milioni secondo l'Istat (2014), si può ragionevolmente ipotizzare che oltre un terzo degli anziani con problemi di autosufficienza si avvalga di un'assistente familiare.

Si tratta di una domanda di assistenza in continua crescita che non sempre trova una risposta adeguata a causa della sempre meno disponibilità di queste figure ma anche per il loro scarso livello di

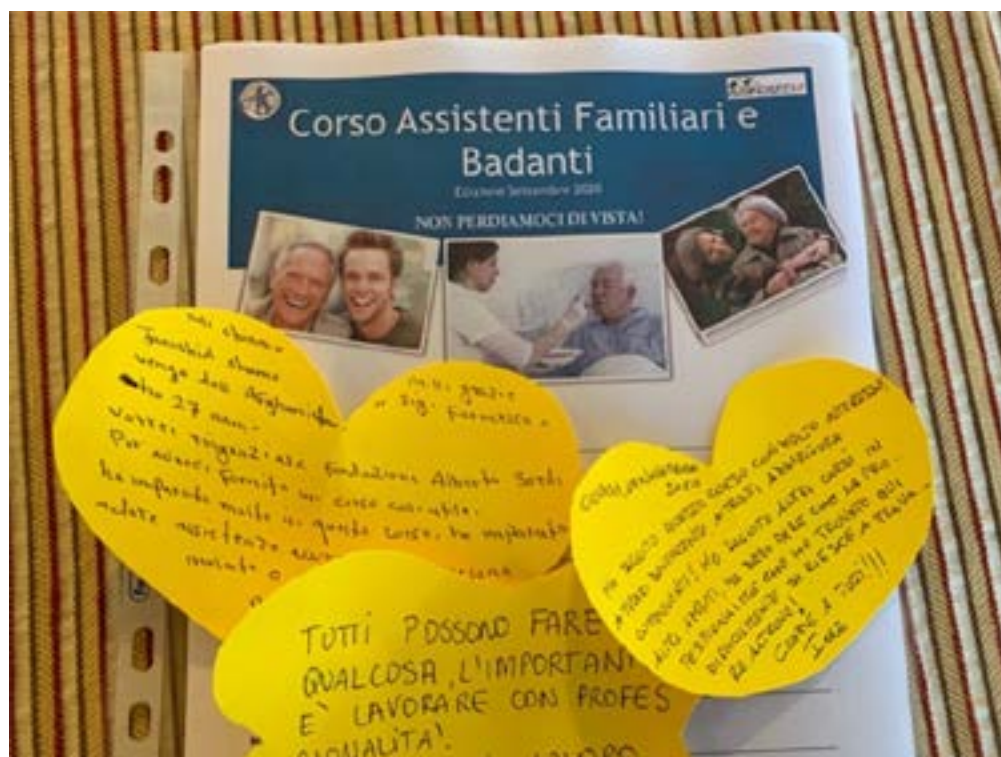


Figura 1: Pensieri dei partecipanti alla prima edizione del Corso per Assistenti familiari

formazione. Infatti, a causa della storica informalità della figura e lo scarso investimento delle politiche sanitarie e sociali, queste figure spesso non sono formate all'arduo compito di assistere un anziano fragile ma si ritrovano improvvisamente a dover adempiere a questa mansione (Bartholini, 2013). Ciò si traduce in un'assistenza di bassa qualità e un'insoddisfazione dell'anziano e della sua famiglia che li obbliga ad un continuo turn over di assistenti familiari alla ricerca di quella più adeguata. Pertanto, la formazione di queste figure risulta cruciale e strategica per l'inevitabile sviluppo e diversificazione dell'offerta di servizi alla persona anziana.

### Contestualizzazione dell'esperienza

Il profilo professionale dell'assistente familiare viene descritto dalla Regione Lazio come una figura con caratteristiche pratico-operative, la cui attività è rivolta a garantire assistenza a persone autosufficienti e non, nelle loro necessità primarie, favorendone il benessere e l'autonomia all'interno del clima domestico-familiare. Inoltre, è in grado di relazionarsi con la rete dei servizi territoriali, pubblici e privati, al fine di assicurare assistenza e garantire opportunità di accesso a tali servizi, alle persone non in grado di svolgere in autonomia gli adempimenti connessi. Pertanto, il suo ruolo consiste nel facilitare o sostituirsi nelle attività di pulizia e igiene della persona, pulizia e igiene della casa, acquisto, preparazione e somministrazione dei pasti, sorveglianza e compagnia, spesa e commissioni. Accompagna, inoltre, l'anziano e lo supporta nelle attività quotidiane che si svolgono all'esterno, nonché nell'accesso ai servizi sanitari, sociali e ricreativi e nel disbrigo di pratiche amministrative, accompagnamento a visite mediche e simili. Se delegato da un familiare o dall'anziano stesso, l'assistente può svolgere anche quelle prestazioni che competono al familiare, come la gestione di soldi per conto dell'anziano. Per quest'ultima attività l'assistente opera con la diretta supervisione del familiare o persona di riferimento che è legalmente responsabile del benessere e della cura del soggetto assistito. L'assistente familiare può svolgere il proprio lavoro ad accessi giornalieri, in regime

di convivenza o fornendo prestazioni orarie presso strutture ospedaliere qualora l'assistito venga temporaneamente ricoverato. Viene scelto dalla famiglia, in relazione ai problemi specifici della persona da assistere e deve godere della sua piena fiducia. I familiari possono scegliere direttamente e autonomamente l'assistente familiare più adeguato alle loro esigenze oppure consultando il registro pubblico regionale degli assistenti familiari.

L'esperienza della Fondazione Alberto Sordi (Tabella 1) nasce per rispondere all'esigenza delle famiglie di avvalersi di persone preparate ad assistere i loro anziani ma anche per colmare il fabbisogno formativo richiesto dagli stessi assistenti familiari. Per questo dal 2020, grazie al finanziamento di AssindatColf che da anni propone corsi di formazione nel settore del lavoro domestico, la Fondazione ha avviato corsi di formazione per assistenti familiari in collaborazione con il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

Il Corso base, rivolto ad un massimo di 15 persone, ha una durata complessiva di circa 2 mesi e prevede 64 ore di didattica frontale ed esercitazioni pratiche in un ambiente assistenziale simulato. Le tematiche affrontate sono: identità professionale; diritti e doveri; cura della casa; cura della persona; tecniche di comunicazione e abilità relazionali; principi di enogastronomia; gestione delle emergenze e pronto soccorso. Le metodologie didattiche utilizzate dai docenti del corso si alternano tra teoriche e pratiche con un coinvolgimento attivo dei discenti. È previsto anche un laboratorio teatrale che svolge un ruolo significativo nell'arricchire le competenze e le qualità personali dei partecipanti, contribuendo a creare un ambiente più empatico, collaborativo e comunicativo. Infatti, il laboratorio teatrale nelle professioni di cura favorisce lo sviluppo delle competenze comunicative attraverso l'interpretazione di ruoli e l'interazione con altri partecipanti, permettendo agli operatori di apprendere a comunicare in modo efficace, chiaro ed empatico con assistiti e famiglie. Inoltre, offre un terreno fertile per potenziare l'empatia, consentendo ai professionisti di sperimentare e comprendere pro-

**Tabella 1. La Fondazione Alberto Sordi**

La Fondazione Alberto Sordi nasce nel 1992 su iniziativa di Alberto Sordi che, negli anni, aveva maturato una profonda sensibilità e attenzione verso la persona anziana. Riteneva che in una società in progressivo invecchiamento, l'anziano potesse sentirsi spesso più come un problema che come una preziosa risorsa. Infatti, la fine dell'attività lavorativa, la consapevolezza del declino delle forze o l'insorgere di una malattia cronica possono mettere in crisi le certezze dell'anziano e in un mondo dai tempi sempre più incalzanti, in cui spesso è difficile tenere il passo, l'idea che la vecchiaia sia l'età dello scarto sembra essere l'unica alternativa. Ma «la vecchiaia non è un tempo inutile in cui farsi da parte tirando i remi in barca, ma una stagione in cui portare ancora frutti» (Papa Francesco) nel segno della rivoluzione della tenerezza di cui il Papa invita gli anziani a diventare protagonisti. Ed è proprio questo il pensiero che ha animato Alberto Sordi; la sua umanità ha trovato espressione nella costituzione della Fondazione che porta il suo nome e di cui è stato Presidente onorario. Alberto volle donare alla Fondazione un lotto di terreno immerso nel verde della campagna di Trigoria, a sud di Roma. Proprio qui, dal 2002, sorge una struttura d'avanguardia che ospita un Centro per la Salute dell'Anziano e un Centro Diurno Anziani Fragili per la cura ed il potenziamento delle loro capacità psico-fisiche e relazionali. A questo servizio semi-residenziale, si aggiunge anche il Servizio Domiciliare Sociale dove ogni giorno operatori socio-sanitari assistono gli anziani fragili e le loro famiglie nei loro contesti domestici, supportandoli con cura nelle attività quotidiane e contrastando l'isolamento sociale e l'abbandono dell'anziano.

Le attività della Fondazione rinnovano ogni giorno la visione del suo fondatore perseguendo obiettivi di pubblica utilità nei settori della formazione, dell'assistenza socio-sanitaria con le persone anziane e della ricerca applicata attraverso convegni, corsi di formazione, pubblicazioni e servizi alla persona.

spettive diverse, migliorando così la qualità delle relazioni di cura. La partecipazione a laboratori teatrali contribuisce anche alla gestione dello stress e dell'ansia associati alle responsabilità quotidiane, offrendo uno sfogo creativo e migliorando il benessere emotivo. Infine, la partecipazione ai laboratori teatrali offre un'opportunità per la crescita personale e l'autoconsapevolezza, consentendo agli operatori di esplorare aspetti di sé stessi, superare sfide personali e acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie abilità e limiti (Garrino et al., 2011).

I docenti del corso, sono professionisti dalla comprovata esperienza nel settore alberghiero, socio-assistenziale e pedagogico. Inoltre, è presente la figura del Tutor per facilitare i processi di apprendimento, l'integrazione e la motivazione dei discenti mediando tra i vari attori del percorso formativo (docente, discenti, organizzatori del corso, coordinamento didattico).

Infine, al termine di ogni lezione ed edizione del Corso, viene somministrato ad ogni partecipante rispettivamente un questionario che valuta l'apprendimento, la qualità percepita della didattica ricevuta ed eventuali suggerimenti per migliorare il Corso.

### OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il corso di formazione ha l'obiettivo generale di formare l'assistente familiare affinché sia in grado di garantire un'assistenza socio-assistenziale di base adeguata a persone anziane fragili e alle loro famiglie. Nello specifico, le competenze acquisite con il percorso frequentato consentiranno ai partecipanti di: relazionarsi dinamicamente con l'assistito e con la famiglia assumendo atteggiamenti coerenti con i principi di etica professionale; orientarsi nel contesto sociale ed istituzionale, in relazione all'assistenza privata domiciliare; fornire cura ed assistenza nel rispetto dei bisogni e della condizione psico-fisica dell'assistito; assistere la persona nella preparazione e nell'assunzione dei cibi; curare l'igiene degli ambienti adottando comportamenti atti a prevenire la trasmissione di malattie e gli incidenti domestici.

### RISULTATI

La prima edizione del Corso base è stata avviata a settembre del 2020, in piena pandemia. Da allora, la Fondazione ha organizzato 8 edizioni del corso fornendo una formazione gratuita e di alta qualità ad un totale di 139 assistenti familiari. I partecipanti avevano un'età media di 46 anni con un range di età tra i 19 e i 71 anni, prevalentemente donne (64%). I partecipanti provenivano per di più dai paesi europei (54%) di cui il 37% erano italiani. Il restante dei partecipanti proveniva dai paesi africani (21%) e dal sud America (14%), prevalentemente di nazionalità peruviana.

Al momento dell'iscrizione al corso, la maggior parte delle persone (55%) non era occupata; tra gli occupati, il 47% di loro svolgeva già il lavoro di assistente familiare o attività nel settore domestico e assistenziale: colf (13%) e baby-sitting (10%). Circa l'80% dei partecipanti non aveva nessuna formazione sul tema dell'assistenza all'anziano e non sapeva quale fosse il ruolo specifico dell'assistente familiare. Per queste ragioni la maggior parte di loro aveva scelto di partecipare al corso oltre a motivi di collocazione lavorativa.

I risultati del questionario di gradimento delle lezioni evidenzia negli anni un forte gradimento per il laboratorio teatrale e la lezione sulle strategie comunicative. La valutazione globale del Corso ha ottenuto sempre il punteggio massimo per la maggior parte dei parteci-

panti che nei suggerimenti scrivono (Figura 1):

- *"Il corso mi ha insegnato a condividere sentimenti di vita come la gioia e la tristezza. Ora sono preparato ad aiutare le persone nella loro vita quotidiana. Sono felice per il bellissimo gruppo di compagni di classe, tutti molto gentili e pronti ad aiutare";*
- *"mi ha arricchito sia dal punto di vista umano (ho conosciuto tante persone di culture diverse) che da quello didattico (sono stati trattati tutti argomenti interessanti ed importanti per la cura della relazione con persone anziane);"*
- *"Mi dispiace tantissimo che il corso sia giunto al termine, è stato molto istruttivo ed interessante, con orari compatibili con i ritmi di tutti!"*

Negli anni, i partecipanti, hanno dimostrato una notevole dedizione nell'approfondire le conoscenze e le competenze necessarie per svolgere con successo il ruolo di assistenti familiari. L'apprendimento è stato catalizzato dalla creazione di un ambiente di apprendimento positivo, stimolante e accogliente. Nelle ultime edizioni del Corso, alla fine delle lezioni era previsto anche un pranzo domenicale che ha contribuito a consolidare i legami tra i partecipanti, trasformando l'aula da un luogo di apprendimento a un ambiente di condivisione e supporto reciproco nonostante le differenze culturali.

### CONCLUSIONI

Nonostante la figura dell'assistente familiare sia cruciale nel fornire assistenza e supporto agli anziani e a coloro che necessitano di cure a lungo termine, risulta tutt'oggi una figura assistenziale poco riconosciuta. Invece, è importante sottolineare che la loro presenza contribuisce a creare un ambiente in cui gli individui possono vivere con dignità e mantenere un livello accettabile di indipendenza anche quando hanno bisogno di assistenza. Forniscono un grande supporto alle famiglie e non solo da un punto di vista organizzativo ma anche e soprattutto morale e nell'educazione continua, aiutandoli a prendersi cura al meglio dei loro cari. Essere assistente familiare non è solo accudire l'anziano o il disabile ma è un prendersi cura dell'intera famiglia, entrando in punta di piedi in un clima familiare sconosciuto, analizzando le dinamiche presenti e sommerse per realizzare un progetto assistenziale che favorisce e unisce i legami familiari. E in una società dove i legami familiari sono sempre più deboli e nebulosi, si comprende a pieno l'importanza che avrà questo ruolo in un futuro ormai prossimo.

### BIBLIOGRAFIA MIRATA

- AssindatColf & Fondazione Studi Consulenti del Lavoro. (2023). L'occupazione nel settore delle collaborazioni domestiche: caratteristiche, evoluzione e tendenze recenti.
- Bartholini, I. (2013). Il badantato e i legami di cura fra le segrete stanze. In Razzini, discriminazione e confinamenti (pp. 145-155): Ediesse.
- Fosti, G., & Notarnicola, E. (2014). *Il Welfare e la Long Term Care in Europa: modelli istituzionali e percorsi degli utenti*: EGEA.
- Garrino, L., Matricoti, F., Nicotera, R., Martin, B., Borraccino, A., & Dimonte, V. (2011). *L'esperienza teatrale nella formazione alle cure: analisi della letteratura*. TUTOR, 11(2-3), 74-83.
- Gori, C. (2013). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*: Maggioli Editore.
- Pasquinelli, S., & Rusmini, G. (2013). 5. il punto sulle badanti. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 93.

### RINGRAZIAMENTI

*Un ringraziamento a tutta la faculty del Corso e in special modo a Grazia Dalla Torre, Laura Denisi, Francesca Lospoto e Maria Rosaria Roma per la loro dedizione, puntualità e impegno personale e professionale nel Corso per Assistenti Familiari.*

### FINANZIAMENTO

*Il Corso base per Assistenti Familiari è stato finanziato da AssindatColf.*



**Elena Sassi**

Infermiera presso ASST Fatebenefratelli-Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano

**Ernesto Evicelli**

Infermiere Tutor professionale Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, ASST Fatebenefratelli Sacco Sezione Ospedale L. Sacco

**Riccardo Balconi**

Riccardo Balconi; Infermiere, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Tutor professionale Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, ASST Fatebenefratelli Sacco Sezione Ospedale L. Sacco

# “Strategie di prevenzione e gestione del moral distress negli infermieri dell’area di emergenza-urgenza durante la pandemia da Covid-19: studio qualitativo presso un presidio ospedaliero milanese”

*“Strategies for prevention and management of moral distress in nurses in the emergency area during the Covid-19 pandemic: a qualitative study at a Milan’s hospital”*

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** La pandemia da Covid-19 ha coinvolto in modo significativo la popolazione infermieristica, diffondendo incertezze e paura. Gli infermieri hanno provato stanchezza fisica e mentale a causa del senso di impotenza, dell’aumento del carico di lavoro, della mancanza di dispositivi di protezione individuale e dell’alto

rischio di contagio e trasmissione ai familiari. **Obiettivo.** indagare il vissuto degli infermieri delle Strutture Operative di Rianimazione generale e di Pronto Soccorso dell’Ospedale L. Sacco relativo al moral distress vissuto durante le prime ondate della pandemia Covid-19 e le strategie messe in atto al fine di gestirlo. **Metodi.** È stata condotta un’indagine qualitativa, a seguito di una revisione bibliografica, in cui sono stati coinvolti dieci infermieri delle due Strutture Operative in questione tramite campionamento di convenienza. Sono state effettuate delle interviste, audio-registrate e analizzate tramite metodo Coalizzi.

**Risultati.** L’analisi dei dati ha permesso di definire 22 sottotemi e 5 temi principali: emozioni, setting lavorativo, vita quotidiana, narrazione, strategie. **Conclusioni.** I risultati permettono di descrivere il vissuto degli infermieri, le riflessioni in merito e le modalità di

gestione del moral distress. Il vissuto è carico di sofferenza, paura e rabbia: alcuni episodi dolorosi sono ancora vividi. Nonostante la necessità di isolarsi, gli infermieri hanno avuto il supporto di colleghi e famigliari per gestire le emozioni legate alla situazione. Sono state anche indagate le strategie di gestione del moral distress che hanno sottolineato come ci sia stata la mancanza di un supporto da parte dell’azienda che avrebbe potuto esserci nel momento di maggiore bisogno.

**ABSTRACT**

**Introduction.** the pandemic from Covid-19 has involved significantly the nursing population, spreading uncertainty and fear. Nurses experienced physical and mental fatigue due to the feeling of impotence, increased workload, lack of personal protective equipment



and high risk of infection and transmission to family members. **Objective.** to investigate the experience of the nurses of the Operative Structures of General Resuscitation and Emergency Hospital L. Sacco related to moral distress experienced during the first waves of the Covid-19 pandemic and the strategies put in place to manage it. **Methods.** a qualitative survey was carried out, following a bibliographical review, in which ten nurses from the two Operative Structures in question were involved through sampling of convenience. Interviews were conducted, recorded and analyzed using Coalizzi method. **Results.** The data analysis allowed to define 22 sub-themes and 5 main themes: emotions, work setting, daily life, narration, strategies. **Conclusions.** The results allow to describe the experience of the nurses, the reflections on the subject and the methods of managing moral distress. The experience is full of suffering, fear and anger: some painful episodes are still vivid. Despite the need to isolate themselves, the nurses had the support of colleagues and family members to manage the emotions related to the situation. They were also investigated the strategies of management of moral distress that pointed out that there was a lack of support from the company that could have been there at the time of greatest need.

**Parole chiave.** Covid-19; Moral distress; Infermieri/nurs\*; area critica/intensive care unit

## INTRODUZIONE

Il termine Moral Distress (MD) è stato introdotto dal filosofo A. Jameton nel 1984 per descrivere la sensazione dolorosa che si manifesta quando si è consci dell'azione moralmente più appropriata alla situazione, ma non è possibile metterla in atto a causa di ostacoli istituzionali.

Il concetto è stato rivisto più volte nel corso degli anni e ha subito delle modifiche. Nel 1995 Corley sviluppò la Moral Distress Scale (MDS), revisionata successivamente nel 2001, consentendo una valutazione standardizzata e dimostrando come il MD si ripercuotesse sull'attività infermieristica, finanche sfociando in insoddisfazione professionale e nell'abbandono della professione (Corley, 2002; Elpern EH et al. 2005).

Il MD è riscontrato maggiormente in ambito sanitario: in particolare sono gli infermieri di area critica ad esserne più soggetti. Questo potrebbe essere riconducibile alla complessità assistenziale e alla necessità di affrontare spesso momenti stressanti e moralmente difficili che possono influire negativamente sull'attività lavorativa. (De Villers MJ et al., 2013; Elpern EH et al. 2005; Hamric AB et al., 2007; Simonetto P. 2015).

Non affrontare il MD è associato a una maggiore incidenza di burnout e alla richiesta di abbandonare la struttura operativa (SO) o la professione. La letteratura sul MD tra gli infermieri è largamente trattata in Nordamerica, mentre, per quanto riguarda la realtà italiana, è un argomento che, solo recentemente, sta occupando uno spazio rilevante. (Lovato 2015).

Il MD determina conseguenze sia a livello fisico che mentale, con ripercussioni sulla qualità dell'assistenza erogata. Chi ne è afflitto può sperimentare labilità emozionale, rabbia, apatia, irritabilità e diminuzione dell'entusiasmo. A livello cognitivo si verificano noia e incapacità di concentrazione con conseguente riduzione delle attività lavorative. Tutto ciò si ripercuote sull'ambito fisico, nel quale si manifestano diminuzione dell'energia, della resistenza e della

forza, fino a un generale aumento della sensazione di malessere, andando in alcuni casi a ripercuotersi persino sui rapporti sociali. (Boyle, D. 2011).

Oltre al vissuto personale, anche l'ambiente influisce sul MD: recenti studi hanno evidenziato come lavorare in realtà in cui il clima organizzativo è caratterizzato da conflitti, scarsa comunicazione in equipe e competizione sono associate a una maggiore incidenza del fenomeno.

La sempre maggiore diffusione del MD ha reso necessaria la pianificazione e attuazione di strategie di contenimento del danno per evitare ripercussioni sull'assistenza e conseguenze estreme come l'abbandono della professione.

Il MD è un insieme di fattori multidimensionali che vanno ad interagire su più sfere, tra cui quella sociale, individuale, istituzionale ed organizzativa. Ciò implica la necessità di mettere in atto una prevenzione che agisca su tutti i livelli.

A tal fine sono state proposte diverse strategie: riconoscerne precocemente la presenza, identificarne l'origine (Perna 2020), effettuare incontri di counseling, sviluppare strategie di coping, favorire il sonno e il rilassamento fisico e mentale (Cariota Ferrara e La Barbera 2006; Sondhi, S., Sharma, T. and Williams, D., 2019; Rossati e Magro 2001; Dominguez-Gomez e Rutledge 2009).

Un'adeguata organizzazione del lavoro e una remunerazione bilanciata alle responsabilità e all'opportunità di crescita sono fattori importanti che incidono sul MD (Cherniss 1992; Adriaenssens, de Gucht, e Maes 2015).

L'avvento della pandemia da Covid-19 (Marzo 2020) ha reso necessario provvedere ad un aumento dei posti letto, ripercuotendosi sul carico assistenziale dei professionisti determinato dall'OMS. (Piccione, 2020). Il carico di lavoro assistenziale infermieristico si è incrementato, in relazione alla tipologia di pazienti, al setting lavorativo e ai dispositivi di protezione individuale (Lucchini et al., 2020).

## OBIETTIVI

Indagare, tramite indagine qualitativa, il vissuto relativo al MD degli infermieri di area critica di 2 strutture operative (Rianimazione Generale e Pronto Soccorso) di un ospedale milanese durante le prime ondate della pandemia da Covid-19 e le strategie di gestione messe in atto.

## METODI

La ricerca bibliografica è stata svolta tra Marzo ed Aprile 2022 tramite consultazione delle seguenti banche dati: PubMed, Embase, Cinahl, Scopus e PsycINFO.

I soggetti coinvolti sono stati arruolati tramite campionamento di convenienza e adesione volontaria, successiva ad invito, previa autorizzazione da parte della direzione aziendale e dei coordinatori delle Strutture Operative (S.O.) coinvolte. Tra l'intervistatore e i partecipanti non era presente alcun tipo di relazione.

Al fine di testare le capacità dell'intervistatore e rendere familiare il contesto sono state effettuate 2 interviste di prova ad infermieri tutor del Corso di Laurea d'Infermieristica che non sono state incluse nell'analisi.

Il campione ottenuto è composto da 17 infermieri di cui 7 della S.O. Rianimazione Generale e 10 della S.O. Pronto Soccorso e del gruppo nessun partecipante ha rifiutato di effettuare l'intervista. I

colloqui sono stati effettuati in un locale dedicato in ciascuna delle S.O. in modo tale da garantire la privacy e per tale motivo non erano presenti uditori o facilitatori.

Durante le interviste sono state prese delle note dall'intervistatore al fine di facilitare l'interpretazione dei dati e non si è reso necessario ripetere nessun colloquio.

Per il reclutamento sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione: almeno 2 anni di esperienza nell'area di emergenza-urgenza e aver lavorato in realtà Covid nel periodo di interesse.

L'indagine è stata condotta attraverso interviste semi-strutturate e ad ogni intervista sono stati dedicati 10-15 minuti. Previa autorizzazione, le interviste sono state registrate. Sono state poste 3 domande aperte ad ogni partecipante:

*"Come ha impattato la pandemia sul suo lavoro?"*

*"Come ha impattato la pandemia sulla sua vita privata?"*

*"Quali strategie ha messo in atto per affrontare questa situazione?"*

Per garantire il rigore scientifico, l'analisi dei dati è stata condotta tramite metodo Colaizzi (Fain 2004) e al termine dello studio i risultati sono stati condivisi con i partecipanti dello studio e le S.O.

## RISULTATI

A seguito dell'analisi dei dati raccolti mediante intervista, sono stati individuati 5 temi principali con i relativi sottotemi (TABELLA 1):

Tab. 1 Temi e sottotemi

TEMI	SOTTOTEMI
<b>Emozioni</b>	Paura, Rabbia, Impreparazione ed impotenza, Soddisfazioni e delusioni, Morte
<b>Setting lavorativo</b>	Risorse, Protocolli, Cambio del lavoro, Modifiche nell'assistenza, Rapporto con i colleghi
<b>Vita quotidiana</b>	Isolamento, Abitudini, Insonnia, Ansia e stress
<b>Narrazione</b>	Difficoltà nel raccontare, Necessità di immedesimarsi
<b>Strategie</b>	Esercizio fisico, Supporto psicologico, Supporto farmacologico, Isolamento, Nessuna strategia, Altre strategie

Per quanto riguarda le emozioni, quella che è stata riferita da una quota maggiore degli infermieri (15/17; 88,2%) è stata la paura legata al rischio di contagio e alle poche conoscenze ("Stare a contatto con qualcosa che non si conosceva faceva paura ed era molto stressante"). Nonostante fosse più percepita nelle fasi iniziali, permane il timore che possa verificarsi una situazione di ricaduta. Tutto ciò ha determinato dei cambiamenti nel "modo di essere" ("È cambiato il mio approccio di contatto al paziente: anche se il paziente è pulito non esiste che io non metta un camice, non esiste che non metta due paia di guanti per un'igiene al paziente"). Solo un ridotto numero di infermieri (2/17; 11,8%) ha affermato di "non aver mai avuto paura di contagiarsi".

Oltre alla paura, una minoranza (2/17; 11,8%) degli intervistati ha riferito di aver provato rabbia, sia legata all'impotenza di agire sia nei

confronti di chi "non riusciva a capire" ("Odiavo il menefreghismo della gente, odiavo i no covid; odiavo essere presa in giro perché ero vestita quando la colpa era loro"). Più volte durante le interviste sono emersi un senso di impreparazione ed impotenza, soprattutto nelle prime fasi, poiché si conosceva poco e nessuno aveva vissuto esperienze simili in passato ("Non mi sono mai trovato a gestire un numero così alto di pazienti ed una notte ricordo di aver avuto 100 pazienti a carico; *"Ricordo che i pazienti durante la prima ondata facevano dei farmaci antiretrovirali che provocavano vomito ed erano tutti in CPAP: se toglievi il casco soffocavano per mancanza d'aria e se non lo toglievi soffocavano nel vomito"*; *"È stato devastante ricevere domande da parte di parenti a cui spesso non sapevo rispondere"*).

Uno degli aspetti che maggiormente ha colpito gli infermieri è stato l'isolamento dai propri affetti che gli occhi dei pazienti comunicavano; avevano paura di essere lasciati soli e gli operatori non potevano "restare a guardare" ("*... ricordo che nelle videochiamate piangevo insieme a loro perché sapevo che probabilmente quella sarebbe stata l'ultima volta che si sarebbero potuti sentire e vedere*").

Nonostante la paura, l'impreparazione e l'impotenza, dai racconti emerge anche la percezione di una soddisfazione, soprattutto in relazione al riconoscimento del ruolo professionale da parte dei Media e della popolazione ("*Ci consideravano degli eroi*"; "*Ci hanno ringraziato tanto durante la pandemia...*"). La soddisfazione, però, non ha permesso di cancellare gli insuccessi e le delusioni che gli operatori si trovavano ad affrontare ("*Ho il ricordo di una mattina in cui in pneumologia c'erano 3 pazienti candidabili all'intubazione e quindi a venire in rianimazione e l'unico modo per avere un posto era "sperare" che qualcuno morisse*").

La pandemia è stata caratterizzata da un numero elevato di decessi, che ha provocato un senso di sofferenza ed impotenza negli operatori. In particolare, l'aspetto che più ha colpito è stata la preparazione della salma: il protocollo prevedeva di "mettere nei sacchi" i pazienti deceduti e di disinfettare il corpo, senza rimuovere i presidi invasivi e questo era vissuto come "disumano" ai loro occhi ("*Il non poter rimuovere le invasività è stato per me l'aspetto peggiore, il non poter restituire al corpo la sua dignità*"). Anche stare accanto alla persona e cercare di rassicurarla, pur sapendo che probabilmente non ce l'avrebbe fatta è stato, per molti (4/17; 23,5%), fonte di frustrazione ed impotenza ("Pensare di essere le ultime persone che loro vedevano e cercare di tranquillizzarli che si sarebbero svegliati anche quando non era vero era qualcosa di devastante").

A causa della pandemia non solo gli infermieri si sono dovuti adattare, ma anche il setting lavorativo ha subito delle modifiche, soprattutto perché nessuno era pronto a dover affrontare una situazione di tali proporzioni. L'aspetto più discusso riguarda i DPI che erano razionati, ma, nonostante ciò, gli infermieri non si sono mai tirati indietro.

Durante la prima ondata, quando non si avevano sufficienti conoscenze, si utilizzavano protocolli già in uso per patologie a trasmissione simile per il trattamento dei pazienti affetti da Covid-19. I protocolli, come riportato nelle interviste, venivano modificati repentinamente e più volte al giorno, ma nonostante questo, la maggior parte (8/17; 47%) afferma che tali documenti erano di grande utilità per la gestione del paziente ("*Durante la pandemia ho iniziato ad utilizzare nuovi protocolli e mi hanno aiutato a migliorare l'assistenza*"), mentre altri hanno affermato che non erano presenti delle disposizioni chiare ("*Non ci erano state date delle disposizioni...*").

La forte tensione e paura vissuta durante le fasi iniziali della pandemia ha portato numerosi infermieri di area critica (4/17; 23,5%) a rivalutare la professione infermieristica o, comunque, a voler cambiare ambiente lavorativo, come passare ad un altro reparto oppure a cambiare tipologia di lavoro ("...io lo amo tanto questo lavoro, ma sono stanca e ci sono giorni dove non ho più voglia di sentir parlare di ospedale"; "Psicologicamente è stato pesante e a volte senti che non ti piace più fare questo lavoro...").

La pandemia ha determinato delle modifiche nell'assistenza infermieristica, non solo per quanto riguarda i tempi da dedicare al singolo, ma anche sulle procedure da applicare, data la mancanza di informazioni riguardanti il virus e ciò ha fatto percepire un peggioramento della qualità dell'assistenza ("Dovevamo fare assistenza a molti pazienti in un tempo limitato e penso che l'assistenza in queste condizioni sia peggiorata"; "Si garantiva una assistenza di emergenza, dove non era ben chiaro il quadro ma si ragionava sull'ABC e si agiva in base a quello"). In contrasto con le opinioni dei più, un solo infermiere ha dichiarato che l'assistenza fosse migliorata in quanto, passando molto tempo con i pazienti, si creavano relazioni più profonde e si utilizzava maggiormente l'empatia ("Penso che con questi pazienti l'assistenza sia migliorata, perché erano soli e non potevano parlare che venivano "messi in casco" e quindi cercavamo di stare con loro il più possibile").

In una situazione così stressante la relazione con i colleghi (10/17; 58,8%), per molti, è stata di grande aiuto, soprattutto quando ci si poteva confrontare con infermieri con lunga esperienza ("Con i colleghi il rapporto era rafforzato e migliorato. Ci si faceva spalla a vicenda: se uno era stanco entrava nella stanza un altro e lo copriva e molte volte questo non accadeva durante la pre-pandemia. Iniziavamo il turno 1 ora prima per dare il cambio al collega stremato"; "Con i colleghi il rapporto si è rafforzato e si è creata più comunità, ci aiutavamo a vicenda e ci confrontavamo sulle decisioni da prendere").

La pandemia ha influito in maniera rilevante sulla vita quotidiana degli infermieri, causando ripercussioni sull'aspetto relazionale, dell'alimentazione e del ritmo sonno-veglia.

La separazione dai famigliari e dagli amici è stata ritenuta necessaria da parte di molti a causa della paura di contagiare i propri cari ("Durante i picchi, per proteggere la mia famiglia, mi sono isolata"; "Mi ricordo che per poter vedere i miei amici mi mettevo in fila al supermercato per poter chiacchierare e non pensare"). Altri invece hanno mantenuto il distanziamento nella propria abitazione abolendo ogni contatto fisico, mentre altri si sono stretti maggiormente alla famiglia ("Non mi sono mai isolato perché per me la famiglia è la cosa più importante; avevo paura di contagiare le mie figlie e cercavo di non baciarle, anche se non volevo che fossero traumatizzate dalla distanza"). È stato anche riportato che in alcuni casi erano amici e parenti che non volevano avere contatti con gli infermieri poiché lavoravano a stretto contatto con i pazienti affetti da questa patologia ("Molte volte consideravano te infermiere come l'untore e quindi chiedevo alle persone se se la sentissero di incontrarmi").

Lo stress provocato dalla pandemia ha generato negli infermieri delle modifiche nelle abitudini di vita e l'introduzione di "valvole di sfogo" come cibo, fumo ed alcol, con ripercussioni anche sullo stato di salute ("Tendevo a mangiare molto, tanto che sono ingrassata di 10 kg e questo perché ero molto stressata"; "Ho aumentato il consumo di sigarette, da 5-6 sigarette sono passato a circa 15"; "Quando terminavo il turno di pomeriggio tornavo a casa, mettevo in microonde un piatto

pronto e bevevo circa 3 birre"). A subire cambiamenti è stato soprattutto il sonno: molti soffrivano di insonnia a causa dell'ansia per la situazione e per i pochi periodi di riposo, mentre altri trascorrevano il loro tempo libero a dormire ("È stato il periodo in cui ho iniziato a soffrire d'insonnia perché lo stress psicologico e il lavoro erano intensi e questo provocava una scarica di adrenalina che era difficile poi spegnere a casa"; "Nella prima ondata ero molto stanca, tanto che mi addormentavo a cena"). Tutto lo stress ha portato ad un incremento dei casi di ansia ed attacchi di panico a causa della situazione, ma anche relativi al rischio contagio e al frequentare altre persone al di fuori dell'ambito lavorativo ("Sento molto di più lo stress, la stanchezza e la paura adesso rispetto alle prime ondate perché noto che nelle persone non fa più paura"; "Nulla era come prima, mi sentivo come in trincea; niente era rilassato o rilassante, si sentiva la fatica fisica, lo stress e la paura di contagiare ed ammalarti").

Durante l'intervista gli infermieri hanno riportato episodi avvenuti durante la pandemia che li hanno personalmente interessati e molti di loro (12/17; 70,6%), nel racconto, sono stati investiti dal ricordo e dalle emozioni vissute e ciò ha reso difficoltoso esprimersi. In particolare, la difficoltà maggiore è stata raccontare la gestione della salma e le emozioni suscitate ("Vedevi dei corpi che erano anche persone e non avevi il tempo materiale di elaborare la cosa; la cosa più difficile era chiudere i corpi dei pazienti deceduti. L'immagine che mi davano erano delle piante che annaffiavamo con il disinfettante e volevo che quel momento non fosse asettico; era qualcosa di disumano").

Altri infermieri invece hanno dichiarato di voler raccontare tutto ciò che hanno vissuto in modo che la loro testimonianza potesse far comprendere a tutti il forte momento affrontato ("Mi sono resa conto che capire realmente ciò che noi vivevamo in ospedale era difficile per loro..."; "Gli altri non potevano comprendere e mai potranno capire ciò che abbiamo vissuto, anche spiegare era complicato ed inutile"). Per poter far fronte allo stress lavoro correlato la maggior parte degli infermieri (12/17; 70,6%) ha applicato delle strategie che hanno permesso di combattere il moral distress (TABELLA 2).

**Tab. 2 Strategie di gestione del moral distress**

Strategie adottate al fine di gestire il MD
17% supporto psicologico da parte di esperti del settore, ma anche da amici e famigliari
29,4% l'utilizzo dei DPI, la lettura, la musica, corsi di respirazione, fare passeggiate, dipingere e utilizzare le costruzioni
23,5% isolamento da persone e dalla situazione (non vedere i telegiornali; 4/17)
17% esercizio fisico
11,7% supporto farmacologico

Il 29,4% degli infermieri intervistati ha dichiarato di non aver applicato nessuna strategia per affrontare la situazione, alcuni perché in grado di gestire la situazione e altri perché "non avevano il tempo di fermarsi".

## DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

La pandemia è stata causa di un forte stress che ha portato gli infermieri a provare emozioni molto forti e destabilizzanti, prima fra

tutte la paura, legata alle ridotte conoscenze del virus, di contagiare e contagiarsi. Essa era percepita maggiormente durante le prime fasi ed in particolare relativamente all'elevato tasso di mortalità tra gli assistiti, ma con il passare del tempo la paura si è ridotta, fino a diventare quasi la normalità, anche se è timore che possa ripresentarsi una situazione molto simile al passato in futuro. Tutto ciò ha portato a profondi cambiamenti personali negli infermieri; alcuni riferiscono di "aver cambiato modo di essere" non solo nella vita privata, ma anche professionale.

Oltre alla paura, si è verificato anche un senso di rabbia e di insoddisfazione negli infermieri, in particolare legata all'impotenza ed in parte anche all'"indifferenza" dell'utenza.

Durante le interviste è stato riportato che l'assistenza aveva come unico obiettivo quello di non far morire i pazienti ed era basata sull'ABC (Airways-Breath-Circulation) e quindi lontana dal livello di accuratezza tipico del periodo pre-pandemico. Gli operatori, per proteggere e proteggersi, indossavano i DPI, rimanendo "vestiti" per tutta la durata del turno. La presenza di disposizioni era per molti di fondamentale importanza poiché permettevano di avere una base solida per agire al meglio in un momento di incertezza, soprattutto per gli infermieri che non avevano esperienze pregresse, anche se per necessità si modificavano anche diverse volte al giorno.

Il senso di solitudine provato dagli assistiti è stato ciò che più ha toccato gli infermieri; il non poter ricevere visite era per i pazienti doloroso e gli operatori cercavano di rimanere il più possibile nelle stanze, contravvenendo alle limitazioni temporali di permanenza nella stanza previsto dai protocolli, anche a discapito della propria sicurezza.

Una simile fatica fisica e mentale troppo spesso è sfociata in una assistenza percepita dai più come peggiorata (6/17; 35,3%), sia per le ridotte conoscenze riguardo il virus, sia per gli interventi ridotti che potevano essere effettuati.

La situazione di stress ed ansia è stata uno dei fattori che ha destabilizzato maggiormente gli infermieri, rendendoli stanchi, sia fisicamente che mentalmente, ed affranti sfociando in insoddisfazione lavorativa, che ha portato molti a rivalutare la professione e a pensare addirittura di lasciarla (4/17; 23,5%). Oltre alla rivalutazione relativa all'ambito lavorativo, alcune alterazioni si sono manifestate nelle abitudini di vita degli infermieri; in particolare è stato registrato un incremento del consumo di alcol e sigarette, un incremento dell'incidenza di insonnia e un cambiamento nelle abitudini alimentari. Gli infermieri hanno riferito un maggior consumo di cibi spazzatura, in primo luogo per la mancanza di orari fissi per i pasti, ma anche a causa della propensione a concedersi "sfizi" legata al livello di stress derivante dalla situazione vissuta (3/17; 17,6%). L'incremento del consumo di sigarette e di alcol è invece stato considerato come una "valvola di sfogo" per gli operatori e un momento di "pausa" dalla situazione (2/17; 11,8%).

Altra importante tematica presenti nei racconti della maggior parte degli infermieri (9/17; 53%) è l'insonnia, legata soprattutto all'ansia provata, al senso di pericolo, alle numerose morti e agli insuccessi che non permetteva di riposare e rendeva necessario assumere terapia farmacologica per poter "staccare" dalla situazione. Nonostante ciò, per alcuni intervistati (2/17; 11,7%), il livello di stanchezza era così ingente che trascorrevano il loro tempo libero a dormire.

Ciò che ha permesso alla maggior parte degli infermieri di contra-

stare le difficoltà è stata la relazione con i colleghi: viene riportato un maggiore senso di fratellanza e lavoro di squadra come mai era stato percepito.

Altro aspetto emerso è stata la difficoltà nel raccontare il proprio vissuto perché doloroso e molte volte le parole non erano in grado di esprimere ciò che gli operatori provavano e il tutto veniva espresso tramite momenti di silenzio e lacrime. Nonostante questa difficoltà gli operatori hanno espresso la volontà di raccontare ciò che era successo in modo che gli altri sapessero cosa avevano affrontato e in modo che gli altri li capissero. (TABELLA 3)

**Tab. 3 Conseguenze della pandemia da Covid-19**

Conseguenze della pandemia da COVID-19
35,3% percezione di un peggioramento dell'assistenza
23,5% rivalutazione professionale
17,6% modifiche nell'alimentazione
11,8% modifiche nello stile di vita (alcol e sigarette)
53% insonnia
11,7% stanchezza

Per quanto riguarda le strategie attuate, più della metà degli infermieri ha applicato delle metodiche per gestire lo stress correlato alla pandemia; la maggior parte degli intervistati ha contrastato tale fenomeno intraprendendo un percorso di psicoterapia o dedicandosi all'esercizio fisico (7/17; 41%).

Il supporto psicologico da parte di professionisti o di amici e familiari è stata la strategia più utilizzata (13/17; 76,5%): in un momento in cui il sostegno derivante dalla vicinanza fisica era impedito, ricevere un supporto emozionale è stato di grande aiuto.

L'esercizio fisico è stato per molti (3/17; 17%) un modo per poter sfogare la frustrazione legata allo stress; in particolare la corsa e la boxe sono stati i mezzi tramite cui gli infermieri sono riusciti a smaltire la tensione accumulata.

Altre strategie messe in atto sono state l'utilizzo di una terapia farmacologica per ridurre l'ansia e per poter dormire, l'isolamento sociale, la lettura, la musica, corsi di respirazione, dipingere e costruire. Nelle interviste è emerso che 5 infermieri non hanno applicato alcuna metodica per la gestione e che chi ne ha avuto bisogno ha trovato da sé le strategie per affrontare la pandemia in quanto in merito è mancato il supporto da parte dell'azienda.

In 3 interviste su 17 è emerso un aspetto che non era stato inserito all'interno dell'indagine, ovvero il malcontento generato dalla situazione di forte stress e difficoltà, emozione che ha spinto ad un "allontanamento" dalla professione e all'idea di abbandonarla. Un esempio è stata la mancanza di linee guida precise relativamente alla vestizione/svestizione: alcuni operatori, infatti, non conoscevano le indicazioni, questo perché non sempre a contatto con situazioni che rendessero necessario l'utilizzo di questi dispositivi. Potrebbe risultare utile organizzare dei corsi al fine di formare il personale nel più breve tempo possibile e che, nel piano formativo aziendale, vengano previsti dei corsi di formazione specifica da ripetere almeno una volta l'anno, in modo da essere preparati nel momento in cui si dovesse presentare una situazione analoga.




Dai dati ricavati viene evidenziato come gli infermieri di area critica si siano dovuti rapportare con la morte e "l'inutilità delle cure", concetti molto lontani dalle realtà intensive in cui la finalità non è l'accompagnamento, bensì cercare di mettere in atto interventi al fine di permettere alla persona il raggiungimento del maggior livello di benessere e autonomia possibile. Si è riscontrato un considerevole livello di disagio collegato alla modifica, dovuta alla pandemia in corso, delle modalità di gestione delle salme e, di conseguenza, dell'impossibilità di restituire al corpo il rispetto meritato. Per questi motivi potrebbe essere necessario prevedere, a livello istituzionale, dei momenti dedicati alla rivisitazione e condivisione delle proprie considerazioni e sentimenti.

Dalle interviste è emerso che gli infermieri abbiano dovuto "trovare da sé" le strategie per affrontare la situazione di forte carico emotivo, poiché "abbandonati dall'azienda", e ciò ha portato alcuni a scegliere delle modalità non salubri, come l'aumento del consumo di alcol e di tabacco, determinando come conseguenze anche dei danni fisici. Potrebbe quindi risultare utile, come riportato in letteratura, formare gli infermieri in merito alle strategie da applicare nei momenti di forte stress, evitando che possano sviluppare abitudini malsane e riportare danni all'organismo, o allestire degli sportelli di ascolto, tattica messa in atto nell'azienda ospedaliera presa in considerazione a partire dalla seconda ondata.


## BIBLIOGRAFIA

- Adriaenssens, J., de Gucht, V. and Maes, S., (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), pp.1411-1422. Doi: 10.1539/joh.14-0069-0a
- Boyle, Deborah A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda." *The Online Journal of Issues in Nursing* 16.1.
- Cariota Ferrara, P. & La Barbera, F., (2006). *Stress, individui e società*. Napoli: Li-guori.
- Cherniss, C., (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13(1), pp.1-11. <https://doi.org/10.1002/job.4030130102>
- Corley MC (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 636-50. doi: 10.1191/0969733002ne5570a.
- Cusmà Piccione R, Caprotti G, Merola N, Galet A, Petrone E, Galimberti G, Allievi P, Proserpio P, Sammuri M., Vergara M., Luis Tahoces Gonzalez E., Fiorica V., Bironi F., Modena S., Zoppini L. (2022) Nursing activities score in terapia intensiva covid: uno studio retrospettivo. *Scenario* 39: 37-38
- De Villers, Mary Jo, and Holli A. DeVon. (2013) Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing ethics* 20.5: 589-603.
- Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. (2009) Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Jun*;35(3):199-204; quiz 273-4. doi: 10.1016/j.jen.2008.05.003.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. (2005) Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*.
- Fain, J. A. (2004). *La ricerca infermieristica* (T. Massara (ed.); 2°). McGraw-Hill
- Hamric AB, Blackhall LJ (2007) Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35, 422-429.
- Lovato S., Cunico L. (2015) È la cosa giusta da fare? Il Distress Morale nella pratica infermieristica. *Revisione della letteratura*. *Scenario* 32.4: 5.
- Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. (2020) Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive Crit Care Nurs*. doi:10.1016/j.iccn.2020.102876.
- Perna, G. e Caldirola, D., (2020). COVID-19 and panic disorder: clinical considerations for the most physical of mental disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*. Disponibile da: doi: 10.1590/1516-4446-2020-1235
- Rossati, A. M., & Magro, G. (2001). *Stress e burnout*. I nuovi corsi universitari per la formazione dei docenti. Roma: Carocci.
- Simonetto, P. (2015) *La sindrome del burnout tra gli infermieri di area critica: revisione della letteratura*. Tesi di laurea. Università degli Studi di Padova. <http://hdl.handle.net/20.500.12608/20376>
- Sondhi, S., Sharma, T. and Williams, D., (2019). Study on Coping Strategies and Factors Associated with Stress, Among Nurses Working in Intensive Care Unit, New Delhi, India. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development*, Volume-3(Issue-2), pp.987-993.

# ATTIVA LA TUA CASELLA PEC

 Negli scorsi mesi tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi e Monza Brianza hanno ricevuto una propria casella di Posta Elettronica Certificata (PEC).

La PEC, dopo essere stata attivata e configurata, è gestibile esattamente come una qualsiasi casella di posta elettronica.

 La PEC è un sistema che consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, come stabilito dalla normativa (DPR 11 Febbraio 2005 n.68). È un utile e potente strumento che, con il passare del tempo, sarà indispensabile per ogni professionista e per ricevere comunicazioni ufficiali da parte dell'OPI.



## IJN è online



Vai al sito [italianjournalofnursing.it](http://italianjournalofnursing.it) e scopri tutte le notizie più aggiornate sull'ordine e sul mondo infermieristico.