

# 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

# N. 1 / 2024



## 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'evoluzione della specie si fonda sul cambiamento. La professione è pronta, anzi prontissima

*The evolution of species is based on change. The profession is ready, indeed very ready*

Pasquale D'Aloia

### 4 Il territorio come luogo per un'assistenza di prossimità... ma con la formazione giusta

*Primary care as a place for community-based care ... But with the right education*

Daiana Campani

## Attualità e professione

### 5 Il lato oscuro dei social network: facciamo luce

*The dark side of social networks: shedding light*

Elisa Crotti

### 8 Lo Spazio Etico come possibilità di manutenzione emotiva dei professionisti della cura

*Ethical Space as a possibility for emotional maintenance of care professionals*

Susanna Baldi, Titti De Simone

### 11 Nursing in Protezione Civile: nasce il nucleo Cives di Milano Lodi Monza Brianza

*Nursing in Civil Defense: the Cives nucleus of Milan Lodi Monza Brianza is born*

Francesco Tarantini, Daiana Campani, Francesca Marfella, Maurizio Fiorda

## Speciale Nurse4Kids

### 13 Bambini ed ospedali a Milano: volontari, infermieri e bisogni in età pediatrica

*Children and hospitals in Milan: volunteers, nurses and pediatric needs*

Daniela Zimmermann

### 15 Il congresso nurse4kids 2.0

*Nurse4kids 2.0 Congress*

Daniela Zimmermann

## Contributi ed esperienze

### 17 I diari narrativi nell'Unità di Riabilitazione Cardiologica per la riduzione del Post Intensive Care Syndrome: una ricerca narrativa

*Narrative diaries in the cardiac rehabilitation unit for the reduction of post intensive care syndrome: a narrative research*

Anna Arnone, Giovanni Gioiello, Francesco Riccardo

## Scienze infermieristiche

### 22 Flussi migratori, tratta e violenza contro le donne: uno spaccato letto attraverso la revisione della letteratura

*Migration flows, trafficking, and violence against women: a cross-section read through literature review*

Stefania Tinti, Annalisa Alberti, Aurora Bertoli, Paola Ripa, Franca Di Nuovo, Lorenzo Furcieri, Luca Rimoldi, Martino Trapani, John Tremamondo, Adelina Salzillo

### 30 L'esperienza di vita della persona in trattamento chemioterapico con catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Indagine osservazionale-trasversale

*The life experience of the patient undergoing chemotherapy with a peripherally inserted central venous catheter (PICC).*

*Observational-cross-sectional investigation*

Alice Bernardi, Elisa Mazzariol, Paola Tiatto, Andrea Rostirolla, Martina Berto, Matteo Bernardi, Andrea Bianchin

### 43 La percezione infermieristica riguardo l'adesione allo screening per il tumore del colon-retto: barriere e facilitatori. Uno studio osservazionale

*Nursing perceptions regarding adherence to colorectal cancer screening: barriers and facilitators. An observational study*

Giulia Meda, Annalisa Alberti, Claudia Menia Timoftica, Lorenzo Furcieri, Stefania Tinti, Martino Trapani, Renzo Guttadauro, Adelina Salzillo, John Tremamondo



**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'evoluzione della specie si fonda sul cambiamento. La professione è pronta, anzi prontissima

*The evolution of species is based on change. The profession is ready, indeed very ready*

Per la stesura della Relazione del Presidente presentata all'Assemblea degli Iscritti lo scorso febbraio, abbiamo dovuto fare due conti. I conti della serva, verrebbe da dire, perché, quando i numeri vengono scritti sul foglio e non quadrano, c'è davvero poco da fare.

La popolazione italiana diminuisce e invecchia, il numero degli infermieri disponibili sul mercato a breve non sarà più sufficiente, i cambiamenti paventati non si sono concretizzati come avrebbero dovuto e l'infermiere di famiglia – una vera e propria figura di risposta ai bisogni – stenta a decollare. Sembra un aliante in un giorno senza vento: c'è, ma non si muove.

A guardarlo così, numeri alla mano, il futuro della professione infermieristica mette tristezza. Ma non è la fine; anzi, come ogni fase di crisi ci ha insegnato, può essere l'inizio di qualcosa di nuovo. Nuovo, e giusto.

Ci sono ambiti, infatti, sui quali è possibile intervenire concretamente, anche in tempi abbastanza compressi, per assicurare cambiamenti importanti. La capacità di adattamento è essenziale per la sopravvivenza, e ora è il momento di metterla in atto attraverso quella che considero **una vera e propria evoluzione della professione infermieristica. Un'evoluzione che riguarda i profili di competenza, i ruoli nelle diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, e i percorsi formativi** che possono accompagnare e stimolare questo cambiamento. È un'evoluzione naturale, che possiamo e dobbiamo favorire.

Di cosa parliamo? In primo luogo, di **una revisione del Servizio Sanitario Nazionale, che accompagni lo sviluppo della professione infermieristica**. È necessario, infatti, individuare le prestazioni infermieristiche da inserire all'interno degli allegati LEA, che definiscono l'elenco delle prestazioni erogabili e le rispettive codifiche. Altrettanto importante è poi che il sistema di remunerazione riconosca la specificità del ruolo degli infermieri nelle organizzazioni. Oggi non si può più chiudere gli occhi di fronte alla forte migrazione (la chiamano "la grande fuga") di professionisti verso luoghi economicamente più attrattivi come gli Emirati Arabi, il Regno Unito, la Germania, ma anche la vicina Svizzera.

Non solo: **è da più di un decennio che si sente parlare nel nostro Paese di "infermiere prescrittore"**. In molti contesti europei è già realtà, mentre qui siamo ai blocchi di partenza, nonostante vi siano studi in corso anche in regioni vicine alla nostra con risultati interessanti. Com'è possibile che ancora oggi, con tutte le competenze acquisite e la grande prossimità nei confronti del paziente (prossimità che può certamente favorire l'aderenza terapeutica), non vi sia una norma che sancisca la possibilità di effettuare la prescrizione infermieristica? Pensiamo, banalmente, ai presidi sanitari utili nella pratica assistenziale, come ad esempio presidi per l'incontinenza o protesica minore, o ai presidi di medicazione avanzata. Ma spostiamoci anche verso i farmaci di uso comune come quelli ricorrenti o i farmaci per garantire la continuità terapeutica nelle cronicità. L'infermiere non sarebbe in grado di gestire tutto questo? Non ci credo. In proposito, ci sono interlocuzioni a livello ministeriale, ma intanto il tempo passa e la professione resta inchiodata.

Murata viva, verrebbe da dire, all'interno di modelli organizzativi che prevedono esclusivamente logiche prestazionali ed esecutive, dove la presa in carico della persona e dei loro caregiver rimane un miraggio. E dove **la dirigenza infermieristica non ha una posizione di pari livello gerarchico con il management direzionale**, e non può quindi partecipare alla funzione di direzione strategica dell'azienda sanitaria e di governo dell'intero processo assistenziale.

**L'infermiere, oggi, è sempre più specializzato e orientato alla qualità**. È quindi necessaria, anzi, addirittura naturale, l'evoluzione della professione, dei profili di competenza, dei ruoli svolti e dei percorsi formativi. Dire che siamo pronti è un eufemismo. Ce lo aspettiamo, lo desideriamo, lo forziamo, questo cambiamento.

Il tempo ci darà ragione.

Pasqualino D'Aloia

**Daiana Campani**

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

daiana.campani@opimilomb.it

## Il territorio come luogo per un'assistenza di prossimità... ma con la formazione giusta

*Primary care as a place for community-based care... But with the right education*



Parfrasando un modo di dire che trae le sue origini nel campo della moda, si potrebbe affermare che, in campo assistenziale, il territorio "is the new black". Ma in questo senso siamo ben oltre ciò che comunemente intendiamo per "popolare": il territorio è un vero e proprio serbatoio di ricchezza, di legami e risorse da accogliere e valorizzare. In altri termini, la prossimità è il progetto da realizzare e la comunità è la misura d'insieme. Ma per la professione infermieristica, il passaggio dall'ospedale al territorio non è ancora scontato, in primis per ciò che riguarda la formazione.

Il territorio infatti rappresenta un ambito assistenziale sfidante per svariate motivazioni tra cui l'aumento della cronicità e i cambiamenti sociodemografici legati all'invecchiamento della popolazione. I progressi legati alla medicina e alla tecnologia hanno sicuramente incrementato la longevità della popolazione, pertanto l'assistenza infermieristica si rivolge sempre più ad una popolazione anziana in aumento affetta spesso da almeno una o più patologie croniche.

In tal senso, il ruolo esercitato dagli infermieri di famiglia e comunità andrebbe valorizzato in quanto determina un grande impatto reale sulla vita dei cittadini. Essi infatti, conoscendo

e attivando la rete locale, possono fare la differenza presso la comunità e contribuire a migliorare i risultati complessivi della sanità pubblica. Inoltre hanno un ruolo fondamentale nello svolgere attività di prevenzione e promozione di comportamenti e stili di vita sani.

La formazione di base ha quindi il compito ma anche la grande opportunità di far percepire tutta la complessità ma anche il fascino dell'ambito territoriale, ad esempio attraverso i tirocini.

Lavorare in un contesto ad alta integrazione multiprofessionale e con grande autonomia professionale richiede anche lo sviluppo di competenze comunicative e relazionali, pertanto potrebbe essere interessante pianificare percorsi di tirocinio congiunto per studenti di infermieristica e studenti di altre professioni sanitarie presenti nelle cure primarie, come medici, assistenti sociali, fisioterapisti, ecc. Queste esperienze di apprendimento interprofessionale potrebbero permettere agli studenti di lavorare insieme in contesti reali, acquisendo competenze collaborative e comprensione reciproca dei ruoli professionali. Tali competenze potrebbero altresì essere sviluppate, in alternativa o in maniera complementare al tirocinio, attraverso laboratori o workshop multidisciplinari dove gli studenti di infermieristica e di altre discipline possono lavorare insieme alla risoluzione di casi clinici complessi e realistici. Anche le simulazioni cliniche interprofessionali possono essere un valido metodo in tal senso, poiché permettono di acquisire, in ambiente sicuro e controllato, anche competenze di leadership e decisionali, favorendo l'apprendimento collaborativo e riflessivo.

Attraverso tutte queste esperienze così pratiche e immersive, gli studenti possono trarre ispirazione per la loro carriera futura, avendo una visione più definita di quanto avviene al di fuori delle strutture ospedaliere e portando con sé una preparazione che consentirà loro di poter esercitare la professione infermieristica in un ambito che in questo momento storico risulta così cruciale e di valore per la popolazione. L'offerta didattica non ha, quindi, come unico risvolto quello del formare, ma anche quello di ispirare. Ispirare dei giovani talenti a mettersi in gioco, e a costruire e voler contribuire alla società, non solo alla sanità, con professionalità e impegno. Siamo pronti per accogliere questa possibilità?

**Elisa Crotti**

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

# Il lato oscuro dei social network: facciamo luce

*The dark side of social networks: shedding light*

Sono una docente che si occupa di comunicazione e spesso nelle mie lezioni, prima di aprire le porte sulle meraviglie di questo universo, prima di far vedere l'enorme potenzialità delle tecniche comunicative e la grande capacità che la buona comunicazione ha di cambiare le nostre vite, preferisco soffermarmi sui problemi della comunicazione. Innanzitutto, che è complessa, che richiede uno sforzo immane per declinarsi sull'altro, che spesso "non funziona", perché il messaggio ha maggiori possibilità di essere frainteso – almeno in parte – piuttosto che essere compreso al primo colpo.

Questo è per me un passaggio importantissimo per mantenere lo spirito critico, per abbracciare il mondo della comunicazione non come nella fase di innamoramento, che ci fa vedere solo i pregi dell'altro, ma attraverso un approccio maturo e disincantato perché poi, comunque, l'amore sboccia lo stesso, ma in modo consapevole.

Parallelamente, in questa sezione di IJN in cui ci occuperemo dei social media e del loro grande potenziale, prima di addentrarci sulla capacità di ispirare, motivare, convincere, generare conoscenza, appassionare e orientare il comportamento – tutti aspetti importantissimi per un infermiere che voglia fare prevenzione e assistenza utilizzando al meglio gli strumenti di cui dispone – vorrei in questa occasione soffermarmi sulle criticità e i rischi. Ciò non allo scopo di demonizzare i social media ma, al contrario, con l'obiettivo di esplorarli in tutta la loro complessità, mantenendo sempre aperta una riflessione sugli aspetti critici e i lati più oscuri, per poi tuffarci con sicurezza ed entusiasmo nelle infinite possibilità.

Non solo: conoscere i rischi dei social media significa anche intercettare e aiutare a risolvere, nei nostri pazienti, nei nostri cari ma anche in noi stessi, quei problemi spesso sottovalutati che la grande connessione sempre più spesso crea.

## La portata del fenomeno: numeri inimmaginabili

Quante persone usano i social media? I numeri sono impressionanti. Secondo uno studio di Kepios, nel 2023 il numero di utenti attivi dei social è di 4,88 miliardi, il 60,6% della popolazione mondiale che, in base a una stima ufficiale delle Nazioni Unite all'inizio



del 2023, ha raggiunto 8,01 miliardi di individui.

Una cifra impressionante, soprattutto se la si confronta con il numero di persone che utilizzano Internet nel mondo, pari al 64,5% della popolazione globale, ossia 5,19 miliardi. Non ci vuole un matematico per comprendere che quasi tutti coloro che sono connessi, usano i social.

Per quanto riguarda i più utilizzati, bisogna sapere che gli utenti dei social frequentano in media più di sette piattaforme. Meta, di proprietà di Mark Zuckerberg, possiede tre delle app preferite, ossia WhatsApp, Instagram e Facebook. La Cina vanta tre piattaforme: WeChat, TikTok (un vero boom generazionale anche nel nostro Paese) e la sua versione locale che si chiama Douyin. Twitter, Messenger e Telegram completano la lista delle piattaforme più amate, con la prima in lieve calo.

## Un piccolo borgo in una grande rete

Primo controsenso: in questa gigantesca rete mondiale, si ripete il modello del borgo medievale, passatemi l'espressione. Infatti, nonostante il moltiplicarsi delle bacheche virtuali, l'intera rete dei social network sembra poggiare sul modello matematico del "piccolo mondo". Una recente ricerca pubblicata su Physical Review X ha dimostrato infatti che anche in queste piattaforme vale la teoria dei sei gradi di separazione elaborata nel 1967 dallo psicologo americano Stanley Milgram, per cui bastano sei passi virtuali per raggiungere una persona.

Siamo vicini, anzi vicinissimi. E questa vicinanza, come nei borghi medievali, può rappresentare una grande opportunità per la risoluzione dei problemi, ma può essere anche foriera di malessere, controllo sociale, ansia, desiderio di appartenenza e insoddisfazione. Come? Lo vediamo subito, le ricerche in merito sono ormai numerosissime.

### Una finestra su alcuni dei possibili mondi

Se avete più di venticinque anni, cosa altamente probabile considerato che state leggendo questa rivista (ma magari no, visto che è ripostata nei social network e i nostri gradi di separazione sono al massimo sei) è molto probabile – questo sì – che vi siate sempre considerati abbastanza immuni dalle problematiche psicologiche generate dal vostro uso magari non massiccio dei social. Questo è un vecchio “trucco” della comunicazione: ne intuivamo le regole e crediamo di non esserne condizionati; e invece, ecco che cadiamo nella rete, inconsapevolmente.

Faccio un esempio per chiarire: una bella pubblicità è una forma di comunicazione che nasce allo scopo di vendere un prodotto. Per questo, deve un creare un bisogno, stimolare il desiderio, accendere un'emozione (quale, è sempre una scelta complessa ma molto affascinante), spingere all'acquisto e portare la persona a infilarsi la giacca, uscire e comprare. Detta così, la riconosciamo tutti, l'influenza della pubblicità, no? E quindi sentiamo di non esserne condizionati.

Invece, ecco che questa forma di comunicazione si muove anche su binari paralleli, non tanto evidenti: condiziona il modo in cui percepiamo la realtà (pensate solo al concetto di famiglia dello spot sulle pesche Esselunga rispetto ai vecchi spot del Mulino Bianco), in cui “vediamo” gli oggetti e ci poniamo nei loro confronti. La pubblicità condiziona la società, i consumi, la propensione all'acquisto. Ci “insegna” a usare prodotti che mai avremmo immaginato di desiderare – pensate, e mi rivolgo soprattutto alle donne, ma gli uomini sono a stretto giro di boa, ai prodotti che vi vengono consigliati per una beauty routine giornaliera; quanto è cambiato negli ultimi dieci anni? E tutto questo è frutto non di un persuasore occulto, ma di una forma di comunicazione che chiarisce prima ancora di emettere il messaggio, che il suo obiettivo è venderci qualcosa.

Ora, lascio a voi il parallelismo con i social media, dove il persuasore è certamente più occulto. Chi ha scritto l'articolo che sto leggendo? Chi ha convinto e come quell'influencer a indossare quel cappotto? Chi, come e con quale scopo ha generato quella fake news? Perché io riesco ad andare in vacanza una volta all'anno, magari pure con la pioggia, e quel personaggio è in viaggio una volta al mese? Come mai le mie torte non sono mai belle come quelle di Instagram? E poi, perché con il limone e il bicarbonato si sconfinano le malattie più terribili?

I social sono una finestra sul mondo, dove guardare ed essere guardati, ma anche persuadere ed essere persuasi... con le inevitabili conseguenze.

### Tanti studi, risultati da condividere

Abbiamo capito che siamo più disarmati di quanto immaginiamo rispetto al potenziale di influenza dei social media. In cosa si traduce

tutto questo? Molti sono gli studi che hanno voluto dare una risposta alla fatidica domanda e finalmente abbiamo sul tavolo i rischi dell'uso dei social. Conoscerli significa poterli gestire, almeno in parte, perché l'alchimia della comunicazione ha sempre una componente istintiva, più oscura, che sfugge al controllo.

### La sovraesposizione

Incominciamo dalle cose facili, quelle più evidenti. C'è chi fa un uso molto oculato dei social media, pochi minuti al giorno giusto per leggere qualche notizia o scambiare due parole, e chi invece è letteralmente immerso in questo mondo.

Ed è qui che nascono i primi problemi, come l'Internet Addiction Disorder. Con quest'espressione ci riferiamo a una dipendenza da Internet, riconosciuta da anni come disturbo mentale. L'IAD si presenta quando le attività svolte online vanno a interferire in modo opprimente con la vita quotidiana. Esistono varie categorie riconducibili a questo tipo di dipendenza: gaming, social networking, blogging, fino all'online shopping compulsivo.

Il termine nomofobia, invece, o “NO Mobile Phone PhoBIA” viene impiegato per descrivere una condizione psicologica che può svilupparsi in tutti i soggetti che manifestano l'irrazionale timore o la paura di rimanere disconnessi. Pensate a quando dimentichiamo lo smartphone a casa – se ancora a qualcuno succede – o a quando arriviamo in una località dove non c'è la linea. Qualcuno la vive bene, qualcun altro non riesce ad accettarlo. Alcuni autori descrivono la nomofobia come la condizione caratterizzata dalla presenza di sentimenti di discomfort, ansia, nervosismo o distress.



Il malessere che ne deriva varia da persona a persona e può prendere toni anche molto bui. Infine, abbiamo il phubbing, il neologismo con cui ci si riferisce all'abitudine di snobbare la compagnia degli altri, specie in contesti informali come un'uscita di gruppo o un appuntamento con il partner, preferendo utilizzare lo smartphone o altri device digitali. In sostanza, non esco e passo la serata con il mio

amato cellulare. Tutte queste condizioni sono facili da riconoscere e possono quindi essere gestite. 1-0 per l'umano.

### Il dark side dei social: il confronto e l'autostima

Con il termine F.O.M.O entriamo più a fondo nel lato più oscuro, meno intuitivo dei social network. F.O.M.O. sta per Fear Of Missing Out (paura di perdere qualcosa). Si tratta di una sensazione di ansia o di preoccupazione che una persona prova quando teme di esse-



re esclusa da eventi sociali, esperienze divertenti od opportunità interessanti che gli altri sembrano stiano vivendo. Nei social network, il F.O.M.O. può essere alimentato dalla visualizzazione delle vite apparentemente perfette o emozionanti degli altri utenti attraverso le loro pubblicazioni, portando le persone a sentirsi inadeguate o a desiderare di essere parte di ciò che vedono online. Qui andiamo evidentemente più sul sottile.

Il fatto di essere sottoposti con continuità a professionisti con curricula da capogiro (pensate a LinkedIn, sembrano tutti i massimi esperti del proprio settore), a sportivi con tabelle di allenamento alla Rambo, a cuoche che infornano prelibatezze impiattate come solo Cracco saprebbe fare, a donne della nostra età che sembrano nostre figlie e ognuno pensi alle proprie passioni e a ciò che trova sui social; ecco, il fatto di essere sottoposti costantemente a persone più brave, belle, ricche, intelligenti, preparate, competenti, mondane, brillanti di noi, ha un effetto sull'autostima. Non solo, quindi, mi spinge nella direzione del F.O.M.O., ma mi abbatte.

Questo è dovuto all'effetto noto come filtro della realtà. Spesso, infatti, gli utenti pubblicano solo i momenti migliori delle loro vite, creando una versione patinata e idealizzata della realtà (non vi ricorda, per chi c'era, le pubblicità degli anni Novanta?); il che può farci ritenere le nostre vite non altrettanto interessanti o apprezzabili, contribuendo a sentimenti di bassa autostima.

Non è tutto: anche ricevere "mi piace" e feedback positivi può creare i suoi problemi; un bel paradosso, per ricordarci che la comunicazione ha le sue leve oscure. Secondo una ricerca dell'Università di Pittsburgh e dalla Columbia Business School, una pioggia di

"mi piace" o di commenti positivi sull'ultimo post di Facebook rischia di far impennare l'autostima dell'autore, influenzandone il comportamento. Sì, avete capito bene, arrivando a condizionarne il comportamento. Ed ecco che si scopre che il pericolo è quello di vedere sbriciolarsi l'autocontrollo, sul web e fuori, con il rischio di ritrovarsi ad accumulare chili e debiti.

Lo studio su un totale di più di 1.000 utenti di Facebook, ha monitorato abitudini e impiego del social network, insieme a stili di vita, personalità e autostima. Quel che è emerso è dirimpente: il maggiore utilizzo del social è associato a un più alto indice di massa corporea, un aumento del binge eating (le scorpacciate compulsive) e al fatto di "sforare" con le spese della carta di credito.

C'è ben altro: non possiamo non menzionare la dismorfofobia, sapendo che questa è una questione che riguarda soprattutto i giovani anche se, ancora una volta, nonostante tutta la body positivity del caso, pare che le persone sovrappeso abbiano maggiori difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro. La dismorfofobia porta la persona a essere fortemente preoccupata per i difetti percepiti nel proprio aspetto fisico. Va da sé come i social media giochino un ruolo importante, in primis mostrando immagini ritoccate e filtrate di persone che soddisfano gli standard di bellezza convenzionali. Inoltre, incoraggiano l'auto-presentazione e l'auto-

promozione, che possono portarci a mostrare solo i nostri aspetti migliori e a nascondere le imperfezioni. Questo crea un'ulteriore pressione per soddisfare gli standard di bellezza e contribuire all'eccessiva preoccupazione del proprio aspetto fisico. Ma esiste anche una dismorfofobia legata all'ambito professionale, dove il senso di inadeguatezza non riguarda tanto il corpo, quanto le competenze. A questo punto non siamo certamente a 2-0 per l'umano: la partita è tutta da giocare. Occorre infatti un grande lavoro su noi stessi per non lasciarci condizionare dagli effetti dell'uso dei social, nonché per aiutare i nostri pazienti a identificare e affrontare quanto descritto.

Con consapevolezza e un velo di amarezza "severo ma giusto", andremo nel prossimo numero a esplorare le potenzialità e la grande bellezza di queste piattaforme di comunicazione dalle possibilità infinite. Un viaggio affascinante, attraverso le relazioni umane, dove sviluppare connessioni, cercare soluzioni ed esprimere l'identità della professione.

### BIBLIOGRAFIA

- Aarif Alutaybi et al., 2020. "Combating Fear of Missing Out (FoMO) on Social Media: The FoMO-R Method", Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep; 17(17): 6128.
- Simon Kemp, 2023. Digital 2023 global overview report, www.wearesocial.com.
- Venetia Notara et al, 2021. "The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study", Addict Health. 2021 Apr; 13(2): 120-136.
- Ivan Samoylenko et al, 2023. "Why Are There Six Degrees of Separation in a Social Network?", Physica Review X 13, 021032.
- Keith Wilcox & Andrew T. Stephen, 2013. "Are Close Friends the Enemy? Online Social Networks, Self-Esteem, and Self-Control," Journal of Consumer Research, Oxford University Press, vol. 40(1), pages 90-103.

**Susanna Baldi**

Psicologa- Psicoterapeuta, Senior Trainer- Istruttore di Mindfulness Based Stress Reduction- Supervisore e Consulente in contesti socio-sanitari

**Titti De Simone**

Infermiera – Responsabile Commissione “Spazio Etico” Opi MiLoMB  
 immacolata.desimone@opimilomb.it

# Lo Spazio Etico come possibilità di manutenzione emotiva dei professionisti della cura

*Ethical Space as a possibility for emotional maintenance of care professionals*

**Descrizione**

Lavorare in contesti di sofferenza comporta che il personale sia in grado di gestire le relazioni con attenzione e sensibilità in quanto le competenze comunicative ed emotive sono indispensabili per svolgere una professione sanitaria. I professionisti della cura sono soggetti a situazioni potenzialmente stressanti pertanto si rende necessario investire su di loro garantendo una manutenzione emotiva permanente affinché possano svolgere con equilibrio il proprio compito.

Da questo bisogno nasce il progetto “Spazio Etico” per Opi MiLoMB, per offrire agli infermieri un luogo di condivisione, ascolto e cura dove lavorare allo sviluppo della consapevolezza e allenarsi all'utilizzo di strumenti per gestire lo stress.

Frequente è la resistenza delle istituzioni a ritenere necessario offrire spazi e tempi di formazione basata sulla manutenzione emotiva a coloro che svolgono il delicato e difficile lavoro di cura. Anche gli stessi operatori non sempre sono disponibili a mettersi in gioco, poiché il lavoro su se stessi come persone e poi come professionisti è sì importante, ma al tempo stesso anche il più difficile da fare.

**Il virus dell'anima**

Sappiamo dagli anni '70 che le professioni ad alta componente relazionale sono esposte al rischio burnout e che curare logora: molteplici sono le variabili (relazione, organizzazioni, mancanza di competenze emotive e relazionali) che possono divenire fattore di stress per questi lavoratori. Eppure, ancora oggi si stenta a ricono-



scere quanto lavorare al miglioramento di sé sia fondamentale per essere all'altezza di svolgere adeguatamente una simile professione e prevenirne i rischi connessi.

Non raramente si assiste ad una cronicizzazione dello stress dovuto, per esempio, al carico emotivo che si genera durante lo svolgimento del lavoro e che non sempre termina con il timbro del cartellino alla fine del turno, ma segue l'operatore trasferendosi a casa sua, si insinua e si espande nella sua vita proprio come un virus inizialmente silente e via via sempre più ingravescente.

La credenza massicciamente radicata nella nostra cultura riconosce il corpo come oggetto possibile di allenamento, addestramento e riabilitazione, mentre non attribuisce alla mente un'uguale esigenza come se dovesse procedere arrabattandosi alla meglio da sola.



### Il titolo di studio non basta

La formazione accademica prevede una robusta preparazione su tematiche di tipo tecnico-sanitario, ma non attribuisce ancora oggi la necessaria importanza a quella riguardante il difficile e delicato compito di trovare gli atteggiamenti e le parole giuste per governare la relazione di cura, che comporta saper gestire la sofferenza di chi si trova in una condizione di fragilità, perdita di autonomia, paura, malattia e fine vita. Viene quindi disconosciuto il valore terapeutico della parola.

Il percorso universitario e i successivi corsi di formazione continua previsti dall'ordinamento assolvono al compito di ottenere un titolo e una base di conoscenze soprattutto tecniche e cliniche ritenendole sufficienti a svolgere bene le funzioni di cura previste.

Una logica siffatta non ritiene indispensabile la conoscenza e l'applicazione delle competenze emotive, comunicative e relazionali, utili invece ad acquisire consapevolezza di sé e sensibilità nei confronti dei pazienti e dei loro familiari e capacità nel gestire in modo appropriato le complesse dinamiche che si sviluppano nei contesti di cura.

Sono molti gli ambiti in cui si continua a preferire l'expertise, la prestazione in senso stretto, come unico indice di qualità, mentre ciò che fa veramente la differenza nelle professioni di cura è come vengono svolte le prestazioni, il modo in cui viene condotta l'interazione con il paziente, la gestione dello stress, la continua capacità di automotivarsi, lo sviluppo delle abilità sociali e dell'autocontrollo.

È dunque di fondamentale importanza e si fa sempre più urgente arricchire l'assistenza sanitaria con l'intelligenza emotiva, per portare consapevolezza nella relazione e prestare attenzione a quanto accade tra il professionista e il paziente, saper leggere il suo linguaggio del corpo e saper vedere e sentire le sue reazioni a ciò che l'operatore dice e fa. **Troppo spesso l'assistenza sanitaria risulta carente o addirittura sprovvista di questa intelligenza. Ne deriva un deficit di cura.**

### Le conseguenze dello stress

Martin Seligman (2013) ha definito lo stress il modo con cui lo stressor (agente stressante o fonte di stress) viene percepito e interpretato dal soggetto, e la reazione che da esso è determinata.

Pensiamo per esempio come un avvenimento a volte possa scatenare una reazione sproporzionata; è quanto può accadere ad un operatore esausto che metta in atto una risposta disfunzionale quando è esposto agli effetti prolungati di molteplici tipi di stressor quali stimoli fisici (per esempio la fatica per turni massacranti), mentali (affollamento di pensieri negativi, assillanti), sociali o ambientali (obblighi, richieste, ...) che determinano l'insorgere di una condizione patologica, all'inizio asintomatica, ma in progressivo sviluppo fino alla completa insorgenza di un quadro pluripatologico.

Molti operatori sono costantemente ansiosi e soffrono di stati tensivi cronici a livello muscolare in varie zone del corpo: ognuno ha poi la propria zona somatica "di elezione" in cui vanno ad accumularsi affanni e malinconie. I disturbi più frequenti sono palpitazioni e aritmie cardiache, insonnia, emicrania, acufeni, orticaria; reazioni soprattutto sollecitate da circostanze di stress quotidiano alle quali il corpo risponde automaticamente quando le registra come mi-

naccia o pericolo. Ma anche la psiche non sfugge alle sollecitazioni negative che costantemente riceve e produce, che si fanno evidenti con demotivazione, stanchezza cronica, attacchi di panico, senso di impotenza, di vuoto, rabbia, angoscia che possono arrivare a sfociare in quadri depressivi, fino al suicidio nei casi peggiori.

Durante il periodo pandemico sono venute molto più in evidenza le reazioni da stress incontrollate che una volta consolidate provocano gravi conseguenze sulla salute, come lo sviluppo di patologie croniche.

La prima forma di tutela è diventare consapevoli di queste reazioni, di questi pericoli: la consapevolezza è la risorsa per eccellenza per cambiare le cose.

### La via della consapevolezza

Abbiamo la possibilità di esercitare un controllo maggiore di quanto normalmente crediamo sulle cause del nostro stress, proprio attivando **il sentiero della consapevolezza** per migliorare la capacità e la qualità dell'attenzione, per vedere con maggiore chiarezza, per stabilizzarci e centrarci e da qui procedere a sentire, ascoltare e riconoscere gli aspetti fisiologici dell'emozione in modo da percepirla vividamente grazie a questa attenzione focalizzata.

La consapevolezza è infatti la base dell'Intelligenza Emotiva: il punto di partenza per sviluppare tutte le competenze che tale intelligenza include.

Nei percorsi formativi sviluppati all'interno del progetto "Spazio Etico" per cominciare ad esercitare i corsisti a riconoscere le emozioni, sono proposte esperienze ed esercitazioni per favorire l'alfabetizzazione emotiva, per diventare più sensibili alle emozioni con l'intento di nutrire la propria consapevolezza e sviluppare una consistente attenzione nei confronti degli altri attraverso la lettura della loro mimica, delle sfumature percepibili nel tono della voce, delle posture, dei loro atteggiamenti.

**Quando lavoriamo in formazione con le emozioni, innanzi tutto si va ad affinare la capacità di riconoscerle proprio nel momento in cui bussano al corpo (è così che sorgono), prima cioè che alimentino un susseguirsi di pensieri ed azioni, in modo da poter essere in grado di scegliere cosa fare con esse avendone consapevolezza.**

### La trascuratezza e il dirottamento emotivo: come evitarli?

La sofferenza e la frustrazione favoriscono stati emotivi che possono condurre su chine comportamentali quali l'indifferenza, la durezza, l'ostilità come forme difensive agite da quei professionisti che non hanno la formazione adeguata per gestire la relazione di cura. E allora non resta loro altra scelta che arroccarsi in sé stessi e man mano inaridirsi nel tentativo di non farsi toccare dalla morte, dalla malattia, dalla demenza, dal declino fisico e psichico con cui vengono giornalmente in contatto. È un modo semplificato e brutale di prendere le distanze per proteggersi dalla paura di tutte queste possibili tragedie.

C'è poi chi corre invece un rischio opposto: si invischia in un massiccio coinvolgimento fino a sentirsi inglobato dai vissuti dei pazienti e risucchiato nel mare emotivo dell'altro. Questo appesantisce pericolosamente e inutilmente lo stato emotivo di chi aiuta.

Occorre tenere la giusta distanza, ma è difficile da definire, in quanto soggettiva e fortemente connessa alla capacità di interrogarsi, di mettersi in ascolto, soprattutto di sé stessi.

Per individuarla è necessario, anche in questo caso, allenare la consapevolezza e l'intelligenza emotiva al fine di abitare la complessità della vicinanza con l'altro, individuando limiti e confini, rimodellando in maniera costante mappe di senso e posture che ci permettano di ad-sistere, stare accanto in maniera autentica, nel rispetto della dignità dell'Altro e di sé stessi.

Diversi le possibilità per compiere questo lavoro di disamina e di arricchimento delle proprie competenze emotive e relazionali, diversi gli strumenti e le metodologie che è possibile utilizzare.



### Strumenti di supporto e cambiamento:

Ricordiamo tra questi la supervisione, la medicina narrativa, la Mindfulness, l'utilizzo delle medical humanities e delle scienze umane per offrire corsi formativi per i professionisti in grado di lavorare sui temi sopracitati.

Per iniziare il lavoro infatti è necessario partire dalla coscienza che lo stesso "curare logora a tal punto da rischiare un calo del rendimento professionale con conseguenza relazionali e psicologiche anche gravi".

A tal fine la commissione "Spazio Etico" di Opi MiLoMb ha strutturato un'ampia offerta formativa per iniziare a lavorare al tema della consapevolezza come capacità di esplorazione e conoscenza di sé. Al momento sono previsti per questa prima parte dell'anno diversi eventi in cui saranno utilizzati la medicina narrativa, il teatro, la filosofia, il coaching gestaltico, il tocco, la meditazione, il gruppo come luogo di cura e ascolto.

### Ricchezza o Povertà?

Occorre constatare infine che l'intelligenza emotiva varia a seconda delle organizzazioni: quelle non intelligenti non mettono in grado i lavoratori di trasformare la propria intelligenza in competenza

emotiva ed organizzativa e quindi non potranno perseguire massimi livelli di sviluppo personale e professionale. Tali organizzazioni risultano essere un territorio privilegiato di azioni negative, di mobbing e di stress.

Quelle sanitarie, per esempio, hanno una struttura fortemente proceduralizzata, legata a schemi di funzionamento necessari a mantenere l'accreditamento. Un simile modello non tiene in considerazione la salute dei dipendenti, la qualità della vita professionale, le loro emozioni, il loro benessere producendo assenteismo, demotivazione, insoddisfazione e disagio psicologico nei lavoratori.

Utilizzare strumenti e modalità di comprensione e supporto a livello più profondo rispetto alle dinamiche razionali trasformerebbe l'aridità emozionale in linfa vitale e ricchezza.

Il patrimonio aziendale si rafforzerebbe nel conservare umanità ed equilibrio, nel trarre piacere dal lavoro grazie all'innalzamento del morale e della motivazione nel personale curante, potrebbe inoltre contare su una maggiore cooperazione e disponibilità al cambiamento oltre ad offrire modalità di comunicazione efficaci, gentili, empatiche, oneste e trasparenti a pazienti e familiari per essere sì professionali, ma restando umani.

Tra i benefici di questa modalità di gestione delle risorse ricordiamo la capacità dei lavoratori stessi di gestire lo stress attraverso la consapevolezza emotiva e lo sviluppo di valide modalità comunicative e relazionali.

Come "Spazio Etico" auspichiamo questo cambiamento e la creazione di un luogo di condivisione, confronto e supporto per tutti i professionisti che si impegnano quotidianamente a fianco dell'Altro. Abbiamo quindi iniziato un percorso per lo sviluppo dell'intelligenza emotiva con un corso in cui

introdurre il concetto di IE e la sua applicazione con il lavoro di cura il 1 marzo (con riedizione il 28 maggio).

### BIBLIOGRAFIA

- Baldi S. (2021). Deficit di competenze relazionali ed emotive nelle professioni sanitarie. I Luoghi della Cura n. 3
- Baldi S. (2022). La manutenzione emotiva del personale curante: patrimonio aziendale e linfa vitale per ogni professionista. I luoghi della Cura n.1
- Baldi S. (2012) Il progetto delle scarpe di cuoio: la supervisione come formazione permanente. In: L'attività socio-educativa e l'educatore professionale in Fondazione Don Gnocchi. Quaderni della Fondazione Don Gnocchi
- Cioran, E. (1984). La tentazione di esistere. Vantaggi dell'esilio. Adelphi edizioni.
- Giorgi, G., & Majer, V. (2012). Intelligenza organizzativa. organizzative per l'eccellenza, Giunti Os, Firenze.
- Goleman, D. (2000). Lavorare con intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro (Vol. 45). Bur.
- Ostaseski F. (2017) Cinque inviti. Mondadori.
- Seligman Martin E.P. (2013). Imparare l'ottimismo. Giunti.
- Selye, H. (1978). The stress of life, Rev. McGraw Hill.
- Tan, C. M. (2013). È facile lavorare felici se sai come farlo. Corbaccio.
- Hanh, T. N. (2020). L'arte di comunicare. Macro Ed.
- Unger, H. P., & Kleinschmidt, C. (2009). Quando il lavoro ci fa ammalare: prevenire e contrastare disturbi fisici ed emozionali. Tecniche Nuove.
- Kabat-Zinn, J. (2016). Vivere momento per momento: Edizione riveduta e aggiornata. Corbaccio.



**Francesco Tarantini**

Presidente CIVES Milano Lodi  
Monza Brianza  
milano@cives-odv.org

**Daiana Campani**

Direttore Editoriale IJN- Commissione Albo Infermieri OPI  
MiLoMb

**Francesca Marfella**

Direttore Operativo Nazionale CIVES

**Maurizio Fiorda**

Presidente Nazionale CIVES

# Nursing in Protezione Civile: nasce il nucleo Cives di Milano Lodi Monza Brianza

*Nursing in Civil Defense: the Cives nucleus of Milan Lodi Monza Brianza is born*



Anche a Milano, Lodi, Monza Brianza è nato il gruppo interprovinciale di infermieri volontari del Coordinamento Infermieri Volontari Emergenze Sanitarie (CIVES), l'Associazione che opera a livello nazionale nel volontariato specialistico in protezione civile.

Il kick-off della nascita del gruppo, avvenuta formalmente nella sede di OPI Milano Lodi Monza Brianza il 6 ottobre 2023, è stato dato con il corso "Nursing in Protezione Civile" del 23 marzo 2024 presso la sede della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Besta di Milano. Una giornata densa di contenuti rivolti a promuovere il ruolo e la cultura dell'Infermiere nel Sistema di Protezione Civile. Cives Nazionale nasce nel 1998 per volontà dell'allora Federazione IPASVI per rispondere alla necessità di assistenza delle popolazioni colpite da calamità. CIVES attualmente è presente in 13 regioni con 23 Associazioni provinciali, ogni associazione ha un proprio CF a garanzia della propria autonomia a collaborare con le Istituzioni locali quando necessario. Ha la finalità di supportare l'assistenza sanitaria e gli ambiti in cui opera sono:

- informazione educazione ai professionisti ed alla popolazione
- assistenza sanitaria alla popolazione in contesti di calamità
- formazione continua e universitaria
- ricerca scientifica

Le tipologie di soccorso prestato a sostegno del Servizio Sanitario della Regione colpita da calamità sono il ripristino dei servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria e l'assistenza alla popolazione "con specifiche necessità". Negli anni CIVES si è impegnato per poter essere d'aiuto a mantenere la continuità assistenziale nei territori che a causa di un disastro rischiano di perderla. Tra i concetti principali l'intercettazione precoce delle fragilità nelle aree di attesa ed in tutte le situazioni di ammassamento della



popolazione, attività essenziale per gestire in maniera specifica e proattiva le criticità dei cittadini nell'ottica di prevenire situazioni di salute più complesse e contenere gli accessi ai presidi di primo soccorso. Le relazioni della giornata sono state intervallate e sostenute dai racconti di esperienze "sul campo", fondamentale è stata l'attivazione per il "terremoto centro Italia" nel 2016. Questa calamità ha messo a dura prova il sistema dei soccorsi per intensità e per estensione ed ha richiesto al mondo del volontario un importante impegno di risorse. Da questa esperienza CIVES ha rivisto la propria organizzazione e le competenze interne per una più efficace e pertinente risposta per la cittadinanza, da qui importanti investimenti sono stati fatti sulla formazione, gli arruolamenti e la crescita professionale degli infermieri volontari e dei colleghi interessati. Per essere attivati in contesto di calamità è necessario però acquisire delle competenze. La spinta dei professionisti a mettersi a disposizione ogni qualvolta accade una catastrofe è sempre stata la risorsa fondamentale per le associazioni specialistiche ma per poter essere di supporto

in contesti in cui non siamo soliti operare sono necessarie conoscenze e competenze specifiche che ad oggi non sono previste nei percorsi formativi base e post base, l'Associazione garantisce ai propri iscritti corsi ad hoc per potersi muovere in sicurezza e con consapevolezza nei diversi ambiti di assistenza che si presentano, infermieristica in Protezione Civile. Una particolare attenzione è stata data negli ultimi anni agli studenti, coinvolgendoli spesso nelle occasioni formative ma anche proponendo loro alcuni ADE attraverso le diverse Università. L'evento formativo del 23 marzo ha voluto introdurre il tema agli infermieri volontari di CIVES MILOMB, i referenti nazionali, oltre a condividere le diverse esperienze, hanno risposto alle domande dei presenti ed illustrato i progetti per il futuro.

**Daniela Zimmermann**

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

# Bambini ed ospedali a Milano: volontari, infermieri e bisogni in età pediatrica

*Children and hospitals in Milan: volunteers, nurses and pediatric needs*



Giovedì 22 febbraio 2024, è stata presentata presso l'auditorium Testori di Regione Lombardia una ricerca commissionata da Abio - Associazione per il bambino in ospedale, alla quale hanno contribuito con alcuni approfondimenti anche l'Università Bicocca di Milano (relatore presente prof. A. Zangrandi), il Politecnico di Milano (relatore presente prof. ssa C. Masella) e Progea (relatore presente dr. B Cavaliere).

Dai dati delle indagini emerge il punto di vista di 8 ospedali milanesi supportati dall'attività dei volontari di Abio, in 16 anni di attività, per osservare alcuni aspetti meritevoli di attenzioni:

- 143.121 ricoveri ordinari, prevalentemente (per il 70% circa) in unità pediatriche, ma con una frequenza non marginale di ricoveri in unità non pediatriche, pari al 22%. Durata delle degenze: tra 2 e 7 giorni, con una mediana di 3-4 giorni. Le unità non pediatriche maggiormente interessate al ricovero di bambini sono prevalentemente quelle chirurgiche, ma dovrebbe essere enfatizzato il carico su unità cardiologiche (mediche, chirurgiche e d'urgenza cardiologica) che, pur riguardando il 18% dei ricoveri, in assoluto si riferisce a quasi 26mila bambini.
- 11 milioni di prestazioni a carico della neuropsichiatria infantile nei 10 anni tra il 2013 e il 2022, con una tendenza verso l'aumento del ricorso a prestazioni in quest'area

- la natalità in Lombardia si è ridotta drasticamente passando da 8,8 (2007) a 6,7 (2022) nati per 1.000 per anno (-23,9%); dato nazionale -30.9%, dato europeo -12,5%.

In una realtà che cambia, le Organizzazioni Socio-sanitarie e anche le Associazioni di volontariato si trovano di fronte a nuove sfide per restare al passo con i tempi, spiega ABIO Milano, che con i suoi 300 volontari è presente da 45 anni nei reparti pediatrici della città. I bisogni assistenziali dei bambini, e il sostegno ai genitori, devono sempre più trovare risposte fuori dall'ospedale e questo deve essere oggetto di riflessioni ed impegno condivisi.

Dallo studio condotto da ABIO, mediante interviste e questionari, si sono raccolte opinioni delle famiglie dei piccoli pazienti (406 interviste a genitori di bambini durante ricoveri in ospedale, visite ambulatoriali o attese durante cicli di terapie), del personale (inter-

viste a 108 medici e infermieri in ospedale, 88 pediatri di libera scelta) e dei volontari (36 interviste), proprio con lo scopo di intercettare il grado di efficacia della sinergia tra organizzazione sanitaria e volontari, il raggiungimento degli obiettivi posti dalla vision di ABIO, la soddisfazione dei servizi offerti e non ultimo rilevare proposte di nuove attività e servizi che potrebbero essere offerti dall'associazione durante il percorso di cura ospedale-territorio.

Per quanto riguarda le attività offerte, le famiglie hanno riscontrato una soddisfazione altissima: su una scala da 1 a 5, i punteggi assegnati variavano da 4,4 a 4,8. Alla richiesta di indicare nuovi servizi venivano segnalati:

- ampliamento del gioco con l'introduzione di laboratori artistici e Pet therapy;
- iniziative a supporto della famiglia, come assistenza per i fratelli dei bimbi ricoverati, aiuti a domicilio dopo la dimissione, supporti tecnologici quali App o videochiamate, trasporti e anche alloggi o supporti logistici casa-ambulatorio.

Dai questionari, è emersa anche l'opinione del personale infermieristico, che vede il contributo dei volontari ABIO, come un importante riconoscimento di valore a supporto dell'organizzazione e alla strategica sinergia nelle fasi di accoglienza e impegno sereno del tempo di attesa.

Nel confronto in tavola rotonda si sono interfacciati: il dr. M. Giachetti Pres (Fondazione Policlinico) per illustrare le innovazioni previste nel nuovo palazzo del Policlinico secondo le nuove sensibilità al mondo dell'infanzia, la dr.ssa Salvo (CDA Fondazione Buzzi), protagonista nel contributo ad opere tecnologiche nella costruzione del nuovo padiglione dell'Ospedale dei Bambini di Milano Vittore Buzzi, il dr F. Bizzini, in rappresentanza del Centro Servizi Volontariato Lombardia portatore di esperienze del mondo del volontariato e la dott.ssa Daniela Zimmermann per la commissione d'Albo Infermieri Pediatrici dell'OPI di Milano Lodi Monza Brianza proprio per ascoltare il punto di vista del personale coinvolto in assistenza pediatrica.

Dallo scambio intercorso si evince chiara la volontà di un impegno in rete per rispondere ai bisogni dei bambini e delle loro famiglie; occorre sviluppare ancora di più la sensibilità delle organizzazioni perchè prevedano spazi dedicati, nelle caratteristiche e nelle dimensioni, agli adolescenti, bambini e famiglie che devono convivere con la malattia cronica ad alta complessità e con la disabilità.



Infine si conferma in totale condivisione la necessità di integrare ancor più la presenza dei volontari nel percorso ospedale-territorio prevedendo una formazione che intercetti meglio il mondo dei ragazzi nell'età di "mezzo", che faticano a riconoscersi nelle organizzazioni pediatriche ma che neppure possono far parte di quelle dedicate agli adulti.

Queste opportunità di incontro e confronto, confermano e confortano l'interesse all'assistenza ai pazienti di area pediatrica ma sottolineano anche quanto ancora si deve e si può fare. La rete è la risposta e il volontariato ha accesso riflettori puntuali sui temi salienti. Il mondo infermieristico dedicato all'area pediatrica, che ogni giorno respira i bisogni di salute e i limiti di riscontro del sistema, rinnova il suo impegno e volontà ad esserci. Grazie ABIO.

**Daniela Zimmermann**

Presidente Commissione d'Albo infermieri pediatrici e Referente della Commissione Pediatria  
*daniela.zimmermann@opimilomb.it*

**Ilaria Gorla**

Commissione Albo Infermieri Pediatrici

**Priscilla Manfra**

Commissione Albo Infermieri Pediatrici

# Il congresso nurse4kids 2.0

## *Nurse4kids 2.0 Congress*



Il 5 e 6 febbraio 2024, l'Ordine delle professioni infermieristiche di Milano, Lodi, Monza e Brianza ha realizzato un'iniziativa formativa interamente centrata su temi di area pediatrica. Il "Nurse4kids 2.0 - dalla parte dei bambini" ha accolto in due giorni oltre 300 persone tra infermieri e infermieri pediatrici.

Un'adesione sperata, che conferma l'interesse e il desiderio di aggiornamento verso i contenuti specialistici proposti, di assoluta attualità. La commissione pediatria dell'OPI MiLoMB si vanta di aver replicato il successo dell'edizione 2019, per partecipazione e per feedback positivi, appresi dai test di gradimento somministrati (oltre 90% lo ha valutato tra buono e ottimo).

L'evento si è composto di un convegno e di 4 corsi di approfondimento, workshop tematici ad altissima specificità.

La giornata del Convegno ha visto il contributo di relatori dal background autorevole e dal riconosciuto valore disciplinare. Il filo conduttore delle competenze specialistiche avanzate e in continua evoluzione è stato considerato da diversi punti di vista: la dottoressa Scelsi ha aperto la giornata formativa descrivendo i bisogni di salute dei bambini e loro famiglie nella cronicità e complessità, portando la riflessione sul tema dei nuovi setting assistenziali e bisogni di salute sempre più complessi. A seguire, la prof.ssa Sasso ha approfondito il tema delle cure fondamentali e delle cure mancate, presentando i risultati di un'indagine, condotta nel 2023, dal Centro di eccellenza per la ricerca e lo sviluppo dell'infermieristica CERSI-FNOPI, primo studio nazionale sull'Assistenza Infermieristica Domiciliare In Italia (AIDOMUS-IT), che conferma la tendenza al peggioramento di missed care rispetto allo studio precedente del 2019.

A seguire il dottor Cotichelli, in co-ideazione con il dottor Badon, ha proposto una disamina del panorama territoriale, parlando anche di infermieristica nella comunità scuola, con riferimento alle nostre radici di competenza e uno sguardo prospettico verso i nuovi scenari di sviluppo. "I tempi sono maturi", afferma Badon in chiusura di intervento, "occorrono coraggio e determinazione a tutti i livelli di esercizio della professione".

La mattinata è proseguita con il contributo del dottor Maiandi, che ha portato l'attenzione sul mondo degli adolescenti e il limite assistenziale nella relazione con questi ultimi durante le loro esperienze di ricovero. Questo quanto emerge dalla sua indagine qualitativa multicentrica promossa in qualità di dottorando, dando evidenza di quanto sia modesta, o nulla, l'attenzione ai bisogni di questi pazienti, che risultano una "terra di mezzo". Emerge come il tempo disponibile durante il ricovero sarebbe una opportunità importante per investire sull'educazione alla salute in una popolazione fertile di potenziale, su temi della prevenzione e promozione di sani stili di vita.

Il pomeriggio corre oltreoceano raggiungendo gli Stati Uniti, in videocollegamento, con il team della professoressa Parravicini, che insieme alla collega infermiera ed ostetrica dottoressa McNamee-Tweed, hanno illustrato un progetto speciale sull'accompagnamento nel fine vita di neonati con prognosi infauste. Stesso tema, con un affondo sulla comunicazione al paziente minore e alla sua



famiglia, il contributo del dottor Jankovic, che mantiene l'intera sala estremamente coinvolta dai racconti di esperienze reali di bambini e ragazzi accompagnati alla consapevolezza di una patologia oncologica. Tecniche e strategie dell'uso di parole o gesti, scegliere momenti, presenze o assenze, capire quanto dire o quando dire... Una carrellata di vita professionale che ha trasferito forte il messaggio dell'empatia competente e della comunicazione appropriata ed efficace, utilizzati come una tecnica operativa e specialistica che ogni professionista dovrebbe saper agire.

Conclude questo capitolo sull'etica e deontologia il professor Spinsanti, che raggiunge con un linguaggio gentile il core dell'“ethical thinking”, rappresentando le varie posizioni etiche che un professionista potrebbe assumere nel corso del suo operare. Infine, richiamando la necessità di acquisire competenze avanzate e specialistiche, a partire dalle complessità fin lì descritte, la dottoressa Zimmermann condivide le ipotesi di evoluzione della formazione infermieristica e, in particolare, cosa si prospetta per l'infermieristica pediatrica: una rivoluzione di aspettative e di scenari, che occorre soddisfare se si vogliono affrontare i nuovi bisogni di salute.

La mattina del 6 febbraio, poi, si sono svolti 4 workshop, replicati nel pomeriggio, incentrati ciascuno su argomenti specifici ben correlati ai temi della complessità, cronicità e delle competenze specialistiche. La partecipazione è stata particolarmente numerosa e attiva, soprattutto nei 2 workshop della durata di 3 ore dedicati rispettivamente all'assistenza respiratoria (ossigenoterapia, HFNC, ventilazione non invasiva ed invasiva) e all'assistenza al paziente grande ustionato e all'uso di tecniche avanzate in wound care.

Quattro postazioni con manichini, apparecchi medicali e materiale di vario tipo per la ventilazione hanno permesso agli iscritti di approfondire le proprie conoscenze e le proprie competenze nel campo e di praticare quanto appreso grazie a mini scenari proposti dai docenti dott. Stellabotte, dott.ssa Gorla, dott.ssa Pozzoli, dott.ssa Frontini, e dott. Dubini, che ha portato sul tema la voce dei colleghi fisioterapisti, con grande apprezzamento dei discenti.

Un tavolo allestito con medicazioni avanzate di alto livello e creme medicate ha fatto da sfondo alla presentazione delle dott.sse Piotti e Belvedere sul grande tema delle lesioni cutanee, consentendo ai presenti di apprendere le più aggiornate tecniche specialistiche di trattamento al fine di diminuirne i tempi di guarigione e migliorare gli esiti sui pazienti.

Non da meno, i feedback da parte dei partecipanti che hanno scelto i corsi a sfondo adolescenziale: da una parte un focus sulle nuove sostanze d'abuso e sulla modalità di gestione assistenziale di un paziente che ha potenzialmente assunto tali sostanze, guidato e analizzato attraverso casi clinici dal dott. Lonati e dott.ssa Cantoni; dall'altra, il fenomeno dei Social Media Challenger, ben mostrato dalla dott.ssa Luorio, grazie a video dimostrativi, che ha permesso di riflettere sul problema emergente della salute psico-fisica degli adolescenti di oggi, influenzata dal mondo online e, spesso, richiedente una tempestiva strategia di trattamento.

In altre parole, il Nuree4Kids 2.0 ha rappresentato una “due-giorni” dai grandi contenuti e personaggi di rilievo, animata da numerosi professionisti che hanno potuto scambiarsi idee e rafforzare la propria rete professionale, respirando un clima internazionale e



assolutamente attuale nel panorama pediatrico; un evento che ha lasciato forte un desiderio di replica, che come Commissione Pediatrica dell'OPI MiLoMb ci auguriamo di poter soddisfare nuovamente negli anni a venire.



**Anna Arnone**

Infermiera, A.O.U. "Federico II",  
Napoli (Italy)

**Giovanni Gioiello**

Coordinatore infermieristico,  
PhD, AUSL Toscana Nord-  
Ovest, Porto Azzurro (Italy)

**Francesco Riccardo**

Infermiere, ASL Na 2,  
Napoli (Italy)

# I diari narrativi nell'Unità di Riabilitazione Cardiologica per la riduzione del Post Intensive Care Syndrome: una ricerca narrativa

*Narrative diaries in the cardiac rehabilitation unit for the reduction of post intensive care syndrome: a narrative research*

**ABSTRACT**

**Introduzione.** Il diario narrativo è una narrazione scritta del ricovero del paziente non di tipo clinico ma discorsivo e soggettivo, condiviso dal personale sanitario e dai membri della famiglia. Tra gli interventi proposti per elaborare il momento del ricovero dopo la dimissione dalla terapia intensiva e prevenire i disturbi psicologici vi è la compilazione di un diario. **Obiettivi.** Esplorare i contenuti dei diari narrativi scritti in unità di riabilitazione cardiologica da operatori sanitari, parenti o altri visitatori di pazienti ricoverati per descrivere il vissuto dei pazienti, supportare la relazione e la comunicazione fra i familiari, i pazienti e il team sanitario. **Materiali e metodi.** Studio qualitativo dei diari in riabilitazione cardiologica condotto con un approccio di ricerca narrativa. I pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto sono stati arruolati in un'unità di riabilitazione cardiologica da otto posti letto di un ospedale secondario. È stata eseguita un'analisi tematica del contenuto dei diari. **Risultati.** Tra settembre e marzo 2023 sono stati compilati 15 diari, principalmente da pazienti e familiari (n=65) e operatori sanitari (n= 16). Sono emersi tre temi principali: "Sostegno socio-emotivo, psicologico, familiare e spirituale", "I vissuti esperienziali in ospedale" e "Il quotidiano in Riabilitazione Cardiologica". **Conclusioni.** I diari narrativi sono efficaci nel facilitare l'assistenza centrata sul paziente fornendo uno spazio per il resoconto scritto dell'ammissione dei pazienti da parte di parenti e operatori sanitari. **Keywords.** Diario, Medicina Narrativa, Riabilitazione Cardiologica, Ricerca Qualitativa, Analisi tematica.

**INTRODUZIONE**

Numerosi studi hanno dimostrato che il ricovero in terapia intensiva (TI) trascorre nella maggior parte dei casi in stato di sedazio-



ne e in stato di coscienza, di cui i pazienti stessi riferiscono ricordi frammentari, confusi, mai rielaborati e superati. Queste condizioni possono sviluppare forti stati di disagio psicologico (Scragg et al., 2001), fino a scatenare la Post Intensive Care Syndrome (PTSD) (McIlroy et al., 2010; Fukuda et al., 2015; Hoffman et al., 2015; Harvey et al., 2016).

Tra gli interventi proposti per elaborare il momento del ricovero dopo la dimissione dalla terapia intensiva e prevenire i disturbi psicologici vi è la compilazione di un diario (ICU diary): si tratta, secondo la letteratura internazionale, di una narrazione scritta del ricovero del paziente in Terapia Intensiva non di tipo clinico ma discorsivo e soggettivo, condiviso dal personale sanitario e dai membri della famiglia in cui vengono riportati in forma narrativa sotto forma di messaggi, frasi gli avvenimenti di maggior rilievo che hanno caratterizzato la vita del paziente durante il ricovero in terapia intensiva e talvolta include anche fotografie con un linguaggio semplice e informale e con diversi tipi di formato (Greco et al., 2009; McIlroy et al., 2010; Nydahl et al., 2010; Barreto et al., 2019). Si tratta quindi di una registrazione della degenza del paziente in terapia intensiva, la vita quotidiana del paziente, le procedure, i trattamenti e le visite

ricevute. In questo modo il paziente, che ha subito esperienze traumatiche in seguito a trattamenti invasivi, stati dolorosi, procedure diagnostico-terapeutiche e alla permanenza in luoghi con rumori, luci e spazi chiusi proprie dei reparti di area critica, può essere aiutato a rielaborare una parte della sua esperienza che altrimenti sarebbe perduta o ricordata in maniera confusa o distorta (Alexander et al., 2016). La compilazione e i modelli del diario variano di sito in sito così come lo stile, il contenuto, i soggetti compilatori, il registro di scrittura; in genere, non richiede molto tempo da parte del personale infermieristico e dei familiari: alcuni studi hanno dimostrato che sono sufficienti circa 5 minuti per turno (Nydahl et al., 2014) e che tale pratica consente al paziente di rimodellare l'esperienza vissuta e mantenere un legame con i propri cari durante il tempo perduto (Ewens et al., 2014).

A partire dagli anni '80 (Bergbom et al., 1999) lo strumento si è diffuso su iniziativa di alcune infermiere della Scandinavia, per poi implementarsi nell'Europa del nord (Greco et al., 2009, Egerod et al., 2007).

## OBIETTIVI

Vista l'importanza dello strumento e i vantaggi che può offrire risulta pertanto necessario esplorare i contenuti dei diari narrativi scritti in unità di riabilitazione cardiologica da operatori sanitari, parenti o altri visitatori di pazienti ricoverati. Gli obiettivi del presente studio sono stati descrivere il vissuto dei pazienti durante il ricovero, supportare la relazione e la comunicazione fra i familiari e il team sanitario, fornire un resoconto informale dei bisogni e delle emozioni dei pazienti e dei familiari, per potenziare la comprensione reciproca e far fronte al ricovero dei degenti.

## MATERIALI E METODI

### Disegno di studio

Studio qualitativo che utilizza un approccio di ricerca narrativa interpretativa per analizzare i diari narrativi (Gudmundsdottir, 1977). La creazione di una narrazione è un processo che organizza le esperienze umane in episodi significativi che diventano accessibili all'osservazione diretta e all'interpretazione del ricercatore (Polkinghorne, 1988). Le storie derivate da situazioni complesse sono concentrate nelle narrazioni, quindi gli eventi vengono interpretati e infusi di significato (Gudmundsdottir et al., 1977). Sono state utilizzate le linee guida EQUATOR (Enhancing the Quality and Transparency of health Research) per il reporting degli studi di ricerca qualitativa.

### Campione

Lo studio ha coinvolto i pazienti ricoverati prima in UTIC e successivamente trasferiti in unità di riabilitazione cardiologica di un ospedale del sud Italia, da settembre a dicembre 2022 per diagnosi di scompenso cardiaco acuto. I pazienti, i loro caregiver familiari e gli operatori sanitari hanno fornito il consenso allo studio. Sono stati esclusi i pazienti e i caregiver che non fossero in grado di parlare o scrivere in italiano. Il reclutamento dei soggetti partecipanti allo studio è terminato con il raggiungimento "della saturazione dei dati" (Proter E. et al., 2013). L'unità di riabilitazione cardiologica è

un'unità a otto posti letto che ammette pazienti che hanno superato l'evento acuto in UTIC. Il team era composto da 2 medici, un primario, 10 infermieri, 1 operatore socio-sanitario, 2 fisioterapisti e un coordinatore infermieristico. Tutti hanno partecipato allo studio. Le visite dei caregiver erano consentite 3 volte a settimana per un'ora previa effettuazione di tampone molecolare per Sars-Cov-2.

### Raccolta dei dati

Il team dell'unità di Riabilitazione Cardiologica è stato informato delle caratteristiche e dell'implementazione dei diari attraverso due incontri virtuali di 1 ora e mezza con sistema di videochiamata. Sono stati discussi lo scopo del diario, i criteri per l'arruolamento dei pazienti e il ruolo del team nella scrittura del diario. Domande e dubbi su come contribuire al meglio alla narrazione durante il ricovero sono stati chiariti attraverso la discussione con il gruppo di ricerca. Tutti i caregiver sono stati invitati a scrivere nel diario dei loro familiari. Il diario era costituito da un taccuino a righe di 72 pagine con carta riciclata in cuoio con copertina rigida 10,5 cm x 8 cm senza intestazioni specifiche. Un adesivo con "Il diario di" è stato posto sulla copertina del diario. Le linee guida scritte per i caregiver sono state descritte in un foglio informativo posto nel diario. Le informazioni includevano gli obiettivi dello studio e le regole di visita. I caregiver sono stati invitati a fornire dati e a fornire il proprio consenso scritto. Il gruppo di ricerca era disponibile a rispondere a qualsiasi domanda su come utilizzare il diario, che è stato posto durante la degenza accanto al letto del paziente. Durante la degenza il team poteva annotare eventi, pensieri, messaggi per il paziente. Al momento della dimissione dall'unità di Riabilitazione Cardiologica, la copia originale è stata consegnata ai familiari, mentre la fotocopia del diario è stata raccolta per gli scopi della ricerca. In accordo con la legislazione vigente in merito al trattamento dei dati sensibili ed il rispetto dell'anonimato ciascun partecipante ha fornito il proprio consenso scritto.

### Analisi dei dati

Ad ogni agenda è stato assegnato un codice identificativo costituito dalla lettera "D" e un numero progressivo da 01 a 15. Ad ogni tipo di diarista è stata assegnata un'iniziale: M madre, P Padre, F figlio/a, Mo Moglie, Ma Marito, A altro familiare, I Infermiere, O Operatore socio-sanitario, Me Medico, Fi Fisioterapista. È stata effettuata un'analisi tematica dei diari narrativi per descrivere i dati, selezionare i codici e costruire i temi secondo i sei passaggi descritti da Braun e Clarke:

- a) è stato riconosciuto il grado di parentela con i dati leggendo ripetutamente i diari e l'identificazione degli argomenti ricorrenti da due ricercatori indipendenti, con esperienza in area critica. La triangolazione dell'analisi dei dati è stata eseguita per garantire affidabilità e credibilità.
- b) I codici iniziali sono stati generati assegnando un codice alfanumerico iniziale ad ogni argomento individuato.
- c) Da questa codifica sono stati identificati i potenziali temi concettuali e sottotemi emergenti.
- d) I temi identificati sono stati esaminati e convalidati da tutti i membri del gruppo di ricerca. È stata generata una mappa tematica.

e) Tutti i diari sono stati riletti per garantire la completezza della codifica e la categorizzazione di tutte le narrazioni.

Per garantire l'affidabilità dell'intero percorso di ricerca, l'analisi e la codifica delle trascrizioni sono state condotte in forma indipendente dai ricercatori ed è stata successivamente effettuata una validazione consensuale. L'iniziale codifica delle trascrizioni è stata svolta dai ricercatori che si incontravano con regolarità per discutere dei temi emergenti. Non è stato usato un software per l'analisi dei dati. È stata effettuata una triangolazione dei tempi per incrementare il rigore dello studio. Al termine, per confermare l'attendibilità dei temi, quest'ultimi sono stati ripresentati ai soggetti dello studio che hanno affermato che i temi riflettevano accuratamente le loro esperienze. L'analisi interpretativa è stata eseguita per soddisfare i criteri di attendibilità, tra cui credibilità, trasferibilità e affidabilità. I caregiver, gli operatori sanitari e i pazienti hanno confermato l'interpretazione dei dati forniti dai ricercatori attraverso un'intervista.

### Considerazioni etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria. È stato chiesto a tutti i partecipanti un consenso scritto. I partecipanti sono stati informati sulle caratteristiche e dell'implementazione dei diari attraverso due incontri virtuali di 1 ora e mezza con sistema di videochiamata. Sono stati discussi lo scopo del diario, i criteri per l'arruolamento dei pazienti e il ruolo del team nella scrittura del diario. Domande e dubbi su come contribuire al meglio alla narrazione durante il ricovero sono stati chiariti attraverso la discussione con il gruppo di ricerca. Le linee guida scritte per i caregiver sono state descritte in un foglio informativo posto nel diario. Le informazioni includevano gli obiettivi dello studio e le regole di visita. I caregiver sono stati invitati a fornire dati e a fornire il proprio consenso scritto. Il gruppo di ricerca era disponibile a rispondere a qualsiasi domanda su come utilizzare il diario. Al momento della dimissione dall'unità di Riabilitazione Cardiologica, la copia originale è stata consegnata ai familiari, mentre la fotocopia del diario è stata raccolta dal gruppo di ricerca per gli scopi della ricerca. Per garantire l'anonimato della persona, ciascun diario è stato codificato codice identificativo costituito dalla lettera "D" e un numero progressivo da 01 a 15. La ricerca si è svolta secondo le linee guida di Helsinki.

### RISULTATI

Tra settembre e dicembre 2022 sono stati compilati 15 diari narrativi, principalmente da pazienti e familiari (n=65) e operatori sanitari (n= 28). Sono stati coinvolti 65 pazienti di età media di 67,05, prevalentemente di sesso maschile (75%), con durata media di giorni di degenza pari a 10; i professionisti sanitari coinvolti nello studio sono stati 14 (2 medici, un primario, 10 infermieri, 1 operatore socio-sanitario, 2 fisioterapisti e un coordinatore infermieristico), di età media di 39 anni (età minima 29, età massima 55), prevalentemente di sesso femminile (8). I coniugi, i genitori e i figli sono stati i principali diaristi. In sette diari la maggior parte delle voci erano messaggi inviati da parenti o amici e inseriti dai caregiver e in quattro diari i principali contributi sono stati forniti dagli infermieri. Sono state analizzate in totale 110 note giornalieri: la metà delle voci sono state inserite da un caregiver. Tutti gli inserimenti giornalieri sono

stati analizzati per identificare i temi ricorrenti. Sono stati identificati 35 messaggi scritti dagli operatori sanitari, la maggior parte di essi (N=24) riguardava la vita in riabilitazione cardiologica, mentre i restanti messaggi (N=11) erano di incoraggiamento. Dall'analisi tematica sono emersi tre temi principali; ognuno è stato suddiviso in due sottotemi per descrivere gli elementi ricorrenti riportati nei diari. I caregiver, gli operatori sanitari e i pazienti hanno confermato l'interpretazione dei dati forniti dai ricercatori attraverso un'intervista. Sono riportate le citazioni per ogni tema e sottotema individuato nella Tabella 1.

**Tabella 1. Temi, sottotemi.**

Temi	Sottotemi
Sostegno socio-emotivo, psicologico, familiare e spirituale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La famiglia</li> <li>• Spiritualità, fede e preghiera</li> </ul>
I vissuti esperienziali in ospedale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La relazione</li> <li>• La paura e la speranza</li> </ul>
Il quotidiano in Riabilitazione Cardiologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La routine in Riabilitazione Cardiologica</li> <li>• Rapporto con il team sanitario</li> </ul>

### A) Tema 1: Sostegno socio-emotivo, psicologico, familiare e spirituale

#### Sottotema 1: La famiglia

Per i caregiver il sostegno della famiglia e degli amici appare essenziale nei momenti di sconforto e di incertezza sull'esito. Il supporto sociale sembra essere una fonte di resilienza e forza emotiva:

*F: Oggi ci sono i tuoi figli qui fuori... siamo circondati da tanto amore e questo è ciò che conta veramente. Ti ho portato un regalo, tuo figlio (D08).*

Gli operatori sanitari hanno accolto con favore la possibilità di segnalare i messaggi provenienti da familiari e amici di famiglia:

*A: Quanti messaggi stai ricevendo. Siamo tutti fiduciosi che tu possa riprenderti e migliorare (D01).*

I caregiver hanno riportato messaggi di incoraggiamento e di speranza. Alcuni hanno preferito stampare i messaggi inviati sul cellulare, altri invece hanno riportato testualmente le parole dei messaggi, altri ancora hanno scritto delle telefonate o delle visite ricevute da parenti e amici che hanno mostrato vicinanza e sostegno:

*F: Il tuo nipotino ti manda tanti baci... Aspetta il suo nonno bello e forte! (D05).*

#### Sottotema 2: Spiritualità, fede e preghiera

I caregiver affidano i loro pensieri a Dio, pregando durante il ricovero. Alcuni operatori sanitari hanno tratto grande forza dalla loro fede:

*F: Anche se le notizie non sono sempre positive la fede mi aiuta a credere che torneremo a casa insieme... (D04).*

Credere che vi sia la protezione di Dio infonde fiducia sia negli operatori sanitari che nei caregiver e l'aiuto di Dio è spesso accostato a quello della medicina:

*Mo: Riusciremo ad uscirne con l'aiuto dei medici e con l'aiuto del Signore (D11).*

È interessante notare che anche gli operatori sanitari sono descritti

come angeli.

*M: Ci affidiamo alle mani degli angeli e dei dottori (D13).*

## **B) Tema 2: I vissuti esperienziali in ospedale**

### **Sottotema 1: La relazione**

Una delle maggiori difficoltà dei caregiver è la mancanza di relazione e di contatto fisico. I caregiver scrivono al proprio familiare per stargli accanto e per sottolineare la loro presenza durante lo stato di incoscienza.

*Mo: In questi giorni non ho fatto altro che parlarti. Parlando con te, pensando a te e piangendo pensando di non farcela senza di te... (D13).*

I familiari riferiscono di avere paura di fare del male ai propri cari se li toccano e di vedere che il loro aspetto è stato modificato dai dispositivi:

*Ma: Mi manca stringere la tua mano mentre dormiamo vicino. Ora posso solo accarezzarti e ho paura di farti male in qualche modo (D08).*

I familiari hanno riferito di aver percepito un forte senso di solitudine nella vita di tutti i giorni e in casa hanno percepito una sensazione di vuoto a causa dell'assenza del familiare.

*Mo: Senza di te nella nostra vita mi sento vuota, inutile, priva di una parte importante, come se mi mancasse l'aria... (D08).*

### **Sottotema 2: La paura e la speranza**

Gli operatori sanitari hanno dovuto affrontare un forte dualismo tra la paura e la speranza durante la permanenza del familiare. Il dolore descritto dai caregiver è forte, la paura per la morte del loro familiare è presente nei racconti.

*Mo: ... non sai se tuo marito tornerà a casa... (D12).*

Il tempo di attesa è un elemento fortemente percepito; il tempo trascorso separato dal caregiver è vissuto come interminabile, pur avendo compreso appieno le regole dell'orario di visita per garantire le attività di cura:

*A: Le ore sono infinite e il dolore che sento fa più male di un pugno nello stomaco... (D11).*

Nei diari narrativi i familiari hanno riferito delle loro notti insonni, del bisogno di piangere e della necessità di far fronte al momento che stanno vivendo:

*A: Quando me ne vado le mie lacrime iniziano a scorrere come una fontana. Ci vediamo domani... (D06).*

Alcuni familiari hanno descritto i meccanismi di difesa messi in atto per evitare di provare tutto il loro dolore per l'ammissione del paziente in Riabilitazione Cardiologica:

*A: Mi sento in una bolla di sapone, a volte mi sembra di non sentire niente. Penso che sia un modo per difendermi per sopravvivere a tutto questo... (D08).*

Il dolore era il sentimento dominante soprattutto all'inizio delle narrazioni nei primi giorni del ricovero. Successivamente il dolore si mescola sempre più alla speranza. I messaggi di fiducia e di incoraggiamento sono stati molto frequenti:

*O: Presto tornerai a casa accanto a tuo marito (D07).*

I messaggi di incoraggiamento spesso descrivono la malattia come una battaglia o una guerra da vincere. I pazienti diventano i combattenti che con il supporto della famiglia e del personale sanitario potranno emergere come vincitori.

*I: Resisti e continua a combattere la sfida più difficile che tu abbia mai affrontato (D12).*

## **C) Tema 3: Il quotidiano in Riabilitazione Cardiologica**

### **Sottotema 1: La routine in Riabilitazione Cardiologica**

Un altro tema ricorrente è la narrazione delle attività quotidiane della Riabilitazione Cardiologica da parte di medici, infermieri, fisioterapisti e dell'operatore sanitario. Nei diari i caregiver riportavano gli eventi per loro più significativi come l'intervento, la pianificazione delle dimissioni o la sospensione di farmaci per via endovenosa nonché le attività di routine riguardanti le procedure infermieristiche e il monitoraggio clinico:

*A: Un'infermiera è venuta in stanza per dirmi che nel pomeriggio sarai dimesso! Che felicità! (D02)*

I familiari riportano esempi di routine infermieristica, ad esempio la somministrazione dei farmaci

*F: ... Ad un infermiere ho spiegato che le pillole riesce ad ingerirle anche senza acqua (D08).*

Infermieri e fisioterapisti hanno riportato miglioramenti delle condizioni di salute o episodi avvenuti in assenza dei familiari:

*Fi: Oggi ci siamo seduti per la prima volta insieme e sei stata bravissima (D01).*

In particolare, si registrano episodi di miglioramento delle condizioni cliniche:

*O: Ti ho lavato e ti sei messo a sedere. Ti sei tolto la maschera e hai bevuto acqua da solo. Continua così (D07).*

### **Sottotema 2: Rapporto con il team sanitario**

Il rapporto con infermieri, medici e operatori è stato un tema molto frequente nei diari. L'elemento comune è stato che i caregiver percepivano la necessità di lasciare il paziente in buone mani quando dovevano lasciare il reparto a causa della politica restrittiva delle visite. Gli infermieri e i medici del reparto sono stati descritti in termini positivi:

*A: Al tuo fianco ci sono infermieri fantastici e dottori molto bravi che si prendono cura di te (D06).*

Gli operatori sanitari hanno dato grande importanza alla comunicazione con il team sanitario. Vengono riportati gli episodi di dialogo tra il team e la famiglia:

*Mo: Tuo figlio fa molte domande e il dottore lo ha preso in giro! (D08).*

Gli infermieri hanno riportato le conversazioni che hanno avuto con i pazienti:

*I: Abbiamo parlato dei tuoi piatti preferiti e della tua fede calcistica per l'Inter (D10).*

## **DISCUSSIONE**

Lo scopo di questo studio è stato quello di concettualizzare i temi principali tratti dai diari narrativi utilizzati dai caregiver, dai pazienti e dal team durante il ricovero. La sindrome che si manifesta nei pazienti dimessi da un ambiente di cure ad alta complessità come l'UTIC viene inquadrata come una disfunzione della salute fisica e/o cognitiva che causa sofferenza psicologica e ripercussioni nella vita sociale e familiare del paziente persistendo anche per molti anni (Samuelson, 2007; Ringdal, 2010; Harvey, 2012; Hoffman, 2015; Fukuda et al., 2015; Harvey, 2016). Dallo studio sono emersi tre temi principali: "Sostegno socio-emotivo, psicologico, familiare e spirituale", "I vissuti esperienziali in ospedale", e "Il quotidiano in Riabilitazione Cardiologica". Per i caregiver e i pazienti la scrittura del diario

è stato un mezzo per esprimere le proprie emozioni ed esperienze della permanenza in reparto, mentre gli operatori sanitari riportavano principalmente gli eventi relativi all'assistenza infermieristica e al benessere dei pazienti.

Il primo tema riporta la necessità di sostegno socio-emotivo, psicologico e spirituale. Questo veniva spesso fornito attraverso messaggi e visite di familiari e amici: questo è in linea con le precedenti ricerche (Ewens et al., 2014) che hanno sottolineato che l'uso del diario aiuta il paziente a comprendere il suo vissuto in terapia intensiva (Alexander et al., 2016) con un impatto positivo sulla depressione, sull'ansia e sulla Post Intensive Care Syndrome.

Facilitare il sostegno sociale delle famiglie e degli individui è una strategia importante per ridurre il disagio psicologico (Levy M.M. & De Backer D., 2013). Sono stati trovati anche auguri di pronta guarigione scritti nei diari da parte degli operatori sanitari. La meditazione e la preghiera sono considerate approcci preziosi per ridurre lo stress negli assistenti dei pazienti ricoverati in terapia intensiva (Nimbalkar et al., 2019).

Il secondo tema emerso dall'analisi dei diari descrive i vissuti esperienziali in ospedale, le emozioni, i sentimenti e i bisogni dei caregiver durante il ricovero. I familiari hanno espresso sentimenti di solitudine, vuoto e sofferenza causati dall'impossibilità di comunicare con il paziente ricoverato. Inoltre, l'ambiente ospedaliero, le difficoltà di comunicazione e l'incertezza relativa alla prognosi futura sono stati segnalati come potenziali cause di stress. Reazioni emotive positive quali speranza, orgoglio, gioia, empatia e amore sono stati riportati anche nei diari.

L'ultimo tema, la vita in Riabilitazione Cardiologica, comprende la narrazione della clinica e delle attività che si svolgono durante il ricovero. L'uso del diario sembra permettere al paziente di ricomporre quel tassello della propria vita che andrebbe altrimenti perduto (Ewens, 2014) o ricordato in modo distorto. Questo intervento sarebbe in grado di prevenire ansia, depressione, disturbi del sonno, problemi di elaborazione mentale e mobilità limitata e, inoltre, comporterebbe un basso costo sanitario (Combe, 2005; Egerod et al., 2007; Knowles, 2009; Jones, 2010; Nydahl et al., 2014; Fukuda, 2015). Il diario narrativo evidenzia il coinvolgimento del personale che si prende cura dei pazienti e delle famiglie, sottolineando il loro contributo nel fornire informazioni circa il ricovero e le condizioni di salute. Una comunicazione efficace tra gli operatori sanitari e la famiglia aiuta a creare fiducia. In effetti gli infermieri hanno comunicato che scrivere nei diari ha svolto un ruolo importante nella costruzione di un buon rapporto con i familiari.

I limiti del presente studio sono da riferirsi principalmente alla numerosità del campione. Poiché i diari potevano essere consultati e letti dall'intero gruppo un pregiudizio di desiderabilità sociale avrebbe potuto limitare la credibilità delle narrazioni da parte dei familiari e degli operatori sanitari, così come il segreto professionale e l'ambito lavorativo. Tale aspetto etico è stato governato mediante l'utilizzo dei tablet, come supportato dalla letteratura secondo cui il computer ha il vantaggio di essere impersonale, in modo che la desiderabilità sociale possa essere ridotta (Mc Burne, 1996). Si è utilizzato una semplice analisi tematica che rispetto ad altri metodi non ha permesso di fare affermazioni sul linguaggio

utilizzato. Poiché lo studio è stato condotto in un ospedale situato in un contesto in cui la fede cattolica è prevalente, l'atteggiamento dei partecipanti verso la spiritualità, la fede e il sostegno sociale fornito dalle comunità religiose potrebbe non essere interamente trasferibile ad altre culture o contesti.

## CONCLUSIONI

La conoscenza generata attraverso questo studio migliora la comprensione del diario narrativo dei pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva Cardiologica e trasferiti in un setting riabilitativo e dei loro potenziali benefici, compresa una migliore comunicazione tra i familiari, i pazienti e gli operatori sanitari e l'assistenza incentrata sulla famiglia, secondo il modello della Family Centered Care. Attraverso i diari i familiari hanno espresso le loro emozioni e annotato il loro bisogno di sostegno da parte di parenti e amici, oltre che di sostegno psicologico e spirituale. Gli operatori sanitari interagivano con le famiglie anche attraverso i diari e riportavano momenti di degenza vissuti. Sarebbero necessari lavori futuri su come i diari potrebbero influenzare le traiettorie di recupero dei pazienti dimessi e dei familiari in termini di risultati psicologici, sociali e comportamentali.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander J, McAllister M, Brien DL. Exploring the diary as a recovery-oriented therapeutic tool. *Int J Ment Health Nurs*. 2016 Feb;25(1):19-26. doi: 10.1111/inm.12179. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26597517.
- Barreto, B.B., Luz, M., Rios, M.N. et al. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* 23, 411 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2678-0>.
- Bergbom, Svensson, Berggren, Kamsulam, Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing* 1999; 15: 185-191.
- Combe D (2005) The use of patient diaries in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 2005, 10, 31-34.
- Egerod I, Schwartz-Nielsen KH, Hansen GM et al. (2007) The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 159-167.
- Ewens B, Chapman R, Tulloch A et al. (2014) Survivors' utilization of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Aust Crit Care*, 27, 28-35.
- Fukuda T, Inoue T, Kinoshita Y et al. (2015) Effectiveness of ICU diaries: improving "Distorted Memories" encountered during ICU admission. *Open Journal of Nursing*, 5, 313-324.
- Greco MM, Di Florio S, Romani M et al. (2009) L'utilizzo dei "Diari del paziente" in terapia intensiva. Scenario: *Official Italian Journal of ANIARTI*, 26(4), 22-27.
- Sigrun Gudmundsdottir, Introduction to the theme issue of "narrative perspectives on research on teaching and teacher education", *Teaching and Teacher Education*, Volume 13, Issue 1, 1997, Pages 1-3, ISSN 0742-051X, [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(97\)88229-7](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(97)88229-7).
- Harvey MA, Davidson JE (2016) Post-intensive Care Syndrome: right care, right now... and later. *Critical Care Medicine*, 44(2), 381-385.
- Hoffman LA, Guttendorf J (2015) Post Intensive Care Syndrome: risk factors and prevention strategies. *Critical Care Alert*, 22(12), 89-93.
- Jones C, Backman C, Capuzzo M et al. (2010) Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomized, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168.
- Knowles R, Tarrier N (2009) Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 37(1), 184-191.
- Levy, M. M. and De Backer, D. (2013). Re-visiting visiting hours. *Intensive Care Med*, 39, 2223-2225.
- McBurney, D.H., 1986. Metodologia della ricerca in psicologia. Il mulino, Bologna.
- McLroy, Philippa A. MBBS, BPhy (Hons) 1,2; King, Rebecca S. MD, GradCertClinEd, Bed1,3; Garrouste-Orgeas, Maité MD4,5; Tabah, Alexis MD, FCICM1,6; Ramanan, Mahesh MBBS, FCICM1,7,8. The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine* 47(2):p 273-279, February 2019. | DOI: 10.1097/CCM.00000000000003547
- Nimbalkar, Archana S.1; Mungala, Bhavdeep M.2; Khanna, Ankush K.2; Patil, Karamchand H.3; Nimbalkar, Somashekhar M.2,3. Prayers and beliefs among relatives of children admitted in pediatric wards. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 8(3):p 1123-1128, March 2019. | DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_333\_18
- Nydahl P, Knüch D, Egerod I (2010) The extend and application of patient diaries in German Intensive Care Units. *The World of Critical Care Nursing*, 7(2), 122-126.
- Nydahl P, Bäckman CG, Bereuther J et al. (2014) How much time do nurses need to write an ICU diary? *Nursing Critical Care*, 19(5), 222-227.
- Polkinghorne, D. E. (1988). Narrative knowing and the human sciences. State University of New York Press.
- Proter E, Cohen MZ, Phenomenology In: Trainor A, Graue E, eds. *Reviewing Qualitative Research in the Social Sciences*. New York: Routledge, 2013.
- Ringdal M, Plos K, Örtengren P et al. (2010) Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Critical care medicine*, 38(1), 38-44.
- Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B (2007) Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2), 93-104.
- Scragg P, Jones A, Fauvel N, Psychological problems following ICU, *Treatment*. *Anaesthesia* 2001; 56: 9-14.
- Sigrun Gudmundsdottir, Introduction to the theme issue of "narrative perspectives on research on teaching and teacher education", *Teaching and Teacher Education*, Volume 13, Issue 1, 1997, Pages 1-3, ISSN 0742-051X, [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(97\)88229-7](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(97)88229-7).

**Stefania Tinti**

Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Sezione di Rho, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

**Annalisa Alberti**

Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Sezione di Rho, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

**Aurora Bertoli**

Clinica San Carlo – Casa di Cura Polispecialistica, Paderno Dugnano, Milano

**Paola Ripa**

Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Sezione San Giuseppe, Milano

**Franca Di Nuovo**

Dipartimento di prevenzione, ASST-Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

**Lorenzo Furcieri**

Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Sezione di Rho, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

**Luca Rimoldi**

Dipartimento di scienze umane per la formazione 'Riccardo Massa', Università degli studi di Milano-Bicocca, Milano

**Martino Trapani**

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

**John Tremamondo**

già in Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

**Adelina Salzillo**

già in Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

# Flussi migratori, tratta e violenza contro le donne: uno spaccato letto attraverso la revisione della letteratura

*Migration flows, trafficking, and violence against women: a cross-section read through literature review*

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** La migrazione, presente da millenni, è oggi di estrema attualità interessando soprattutto l'Europa. Molti sono i fattori che interessano la migrazione in cui le differenze di genere sono fondamentali e le donne sono maggiormente esposte a rischi. Nel 2019 il numero di migranti ha raggiunto oltre 270 milioni di persone, di cui il 48% erano donne. Spesso i flussi migratori sono correlati al fenomeno della 'tratta di esseri umani'. **Obiettivi.** Analizzare, gli studi che hanno descritto i flussi migratori in termini di violenza sul genere femminile e conseguenze, con attenzione alla tratta. **Metodi.** È stata condotta una revisione della letteratura considerando le donne adulte, immigrate, che avevano subito violenza, anche durante la tratta. L'analisi ha interessato il periodo 2012-2022 con la consultazione delle banche dati Medline/Pubmed, CINAHL, PsycINFO e GOOGLE SCHOLAR. **Risultati.** Sono stati inclusi 6 articoli da cui è emerso che le donne migranti e vittime di tratta di esseri umani subiscono violenza e sono esposte a rischi per la salute fisici e psicologici; sono oggetto di Sexual Gender-Based Violence

e si evidenzia un bisogno di natura sociale. **Conclusioni.** Si incoraggia l'implementazione alla ricerca di interventi, politiche ed approcci appropriati a questi fenomeni per migliorare le condizioni di vita delle donne, prevenire i danni conseguenti, valutare i bisogni e fornire un'assistenza mirata auspicando anche un maggior dialogo con la letteratura antropologica. Società, politiche, educazione, Paesi coinvolti, sistemi di cura e assistenza devono essere coinvolti nella risposta alla sofferenza delle donne migranti anche nella tratta. **Parole chiave.** Assistenza Infermieristica, Donne, Tratta di esseri umani, Viaggio di migrazione, Violenza

**ABSTRACT**

**Background.** Mobility is a topical phenomenon affecting Europe today involving gender differences as crucial. Women are at greater risk during migration. In 2019, the migrants' number reached over 270 million people, female migrants accounted for 48%. Migration flows are often linked to the 'human trafficking' phenomenon. **Objectives.** Analyze, studies that have described migration

flows in terms of female gender violence and consequences, with a focus on trafficking. **Methods.** The study was based on a literature review with a focus on phenomena related to violence against women in migration flows and during trafficking. The temporal analysis includes articles from the last 10 years. Medline/Pubmed, CINAHL, PsycINFO and GOOGLE SCHOLAR databases were consulted. **Results.** The literature review reported the inclusion of six articles; female migrants and trafficking victims experience violence and are exposed to physical and psychological health risks; female migrants and trafficking victims are subjected to Sexual Gender-Based Violence and a need of a social nature is highlighted. **Conclusions.** The implementation and research of interventions, policies and approaches appropriate to these phenomena are encouraged to improve the living conditions of women, prevent consequential damage, assess needs and provide targeted assistance, also hoping for greater dialogue with the anthropological literature. Society, policies, education, countries involved, care and assistance systems must be involved in responding to the suffering of migrant women also in trafficking. **Key words.** Human Trafficking, Migration journey, Nursing Care, Violence, Women

## INTRODUZIONE

La mobilità, fenomeno universale presente da millenni, è ancora oggi di estrema attualità soprattutto per gli aspetti geopolitici, che riguardano sia l'Europa, attraverso il Mediterraneo e i confini naturali oltralpe, sia gli spostamenti interni al continente africano. Molti sono i fattori che intercorrono nel fenomeno migratorio e le differenze di genere, nell'accezione più ampia, sono fondamentali. Nonostante la molteplicità dei percorsi e la diversità delle rotte, le donne sono maggiormente esposte a rischi durante le migrazioni (La Cascia, Cossu et al., 2020). Contestualizzare i fenomeni legati ai flussi migratori non è impresa facile per molteplici ragioni e per le difformità dei processi che costituiscono il fenomeno migratorio. Dal punto di vista semantico l'Organizzazione Mondiale per le Immigrazioni (OIM) nel 2019 ha definito il 'flusso migratorio' come 'lo spostamento delle persone dal loro luogo di residenza, attraverso un confine internazionale o all'interno di uno Stato'. Negli ultimi anni i flussi migratori, soprattutto via mare, hanno raggiunto livelli molto elevati coinvolgendo un grande numero di persone, tra cui molte donne provenienti principalmente dai paesi più colpiti dalle guerre, come Siria, Afghanistan, Sud Sudan e Venezuela.

Si stima che nel 2019 il numero di migranti abbia raggiunto oltre 270 milioni di persone, pari al 3,5% della popolazione mondiale; le donne migranti rappresentavano il 48% e le migrazioni sono state categorizzate in "volontarie" e "forzate", in base alle motivazioni che muovevano il percorso; in Italia 75.065 migranti sono sbarcati dal 01 gennaio al 14 luglio 2023 (Ministero dell'Interno). Tali dati sono in forte aumento, se si paragonano ai 173 milioni del 2000 o ai 102 milioni del 1980 (Diritto Consenso, 2020). Spesso, i flussi migratori sono correlati al fenomeno della 'tratta di esseri umani' intesa come 'un processo che comporta il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'accoglienza o l'ospitalità di persone attraverso la minaccia, la forza, la coercizione, il rapimento, la frode, l'inganno, l'abuso di potere, la consegna e la ricezione di pagamenti a scopo di sfrutta-

mento, ivi compresa la prostituzione e altre forme di sfruttamento sessuale, lavoro e servizi forzati, schiavitù e pratiche simili, servitù involontaria ed espanto di organi' (Perera, 2011). Secondo stime recenti, quasi 21 milioni di persone si trovano in situazioni di lavoro forzato in tutto il mondo come risultato della tratta di esseri umani (ILO, 2012). Le donne e soprattutto le bambine rappresentano il 70% di tutte le vittime della tratta di esseri umani nel mondo (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Sistemi patriarcali, pratiche che tendono ad alimentare la violenza, discriminazione di genere, approcci politici e misure legali discutibili alimentano il mercato della tratta delle donne. In Africa, le disuguaglianze di opportunità portano le donne a fuggire diventando vulnerabili alle reti della tratta.

Le donne e le ragazze sono vittime della tratta a scopo di prostituzione o lavoro forzati subendo abusi di tipo fisico, sessuale, economico e psicologico. I rapporti di Caritas e Fondazione Migrantes degli ultimi anni confermano che, secondo gli operatori del sistema di accoglienza, quasi la totalità delle donne migranti ha subito nel viaggio una qualche forma di violenza, soprattutto sessuale (Vita, 2020).

Secondo l'Istituto Europeo per l'uguaglianza di genere (2019), le forme della violenza fisica sono classificate come aggressioni da lievi a gravi, a seconda del danno fisico che producono sulla vittima. La 'Violenza sessuale', invece, è definita come un atto che include ogni comportamento agito o ottenuto senza consenso (Magesa and Kitula, 2020). Anche la violenza psicologica è un fenomeno altrettanto devastante che si manifesta come un abuso atto a intimare o perseguire, assumendo talvolta le forme dell'abbandono, del confinamento, dell'umiliazione, del controllo (Gass, Wilson et al., 2019). Alla violenza psicologica segue, spesso, la violenza economica che comporta la negazione del cibo e dei bisogni primari, il controllo dell'accesso all'assistenza sanitaria e ai fondi finanziari (Magesa and Kitula, 2020).

La 'Convenzione di Istanbul' è il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante volto alla tutela delle donne contro qualsiasi forma di violenza, adottata dal Consiglio d'Europa l'11 maggio 2011 ed entrata in vigore il 1° agosto 2014. Ad oggi la Convenzione è stata siglata da 44 Stati parte del Consiglio d'Europa e dall'Unione Europea, ed è stata ratificata da 27 Stati, tra cui l'Italia (Senato della Repubblica). Per ciò che concerne la legislazione italiana, lo Stato, già molto anticipatamente rispetto alla Convenzione, si è mosso a tutela dell'immigrazione. Già la legge Martelli del 1990, rafforzata dalla Legge 6 marzo 1998, n. 40, cosiddetta Turco - Napolitano, furono le prime a trattare l'immigrazione verso l'Italia in modo sistemico e non solo emergenziale, applicandosi a tutti i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea e agli apolidi, cui vengono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana, tra cui dignità, uguaglianza, libertà e salute. Dunque, un articolato normativo garantista e tutelante i diritti dell'individuo migrante, sostenuto da quanto disciplinato nella Costituzione Italiana, in particolare con l'articolo 32 che ribadisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (Governo Italiano).

Dal 2002 e più recentemente il Parlamento ha adottato nuovi provvedimenti, in materia di protezione internazionale e per il contrasto

all’immigrazione illegale (Avviso Pubblico, 2017). Spostando il focus normativo in altri Paesi, ad esempio nell’Africa subsahariana, la Carta africana, il Protocollo di Maputo, la Convenzione sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women-CEDAW, 1979) e altri strumenti regionali e internazionali, prevedono meccanismi per affrontare la violenza contro le donne, la discriminazione e la disuguaglianza di genere (Amahoro, 2021). In Afghanistan una legge contro la violenza sulle donne esiste dal 2009 sotto forma di Decreto del Presidente, ma non è stata mai approvata dal Parlamento (Il Post, 2013). Anche in Messico la violenza contro le donne è molto diffusa (Mondo Internazionale, 2022).

Coloro che giungono in Italia a seguito di migrazione sono accolti in Centri di Accoglienza (CdA) per un primo soccorso, vengono identificati negli hot-spot presenti in particolare sulle coste di prossimità dei Paesi di provenienza e, se sussistono le circostanze atte a formalizzare la richiesta di asilo politico, i migranti vengono trasferiti nei centri di prima accoglienza dove effettuano visite mediche e vengono raccolte le dichiarazioni dalle autorità competenti per definire la legittimità della loro permanenza nel territorio (Di Martino, Leccesi et al., 2017). Ogni CdA prevede la presenza di una équipe multidisciplinare che si occupa del migrante e spesso, oltre agli operatori socio - sanitari come lo psicologo e l’educatore, sono presenti i mediatori linguistico – culturali. In questo contesto ‘speciale’ per l’équipe si realizza un modello organizzativo multiculturale fondato sulla presa in carico dei bisogni fondamentali di ciascun migrante e orientato a fornire risposte che valutino le possibili barriere linguistiche, le differenze culturali, di costume che potrebbero, in qualche modo, ostacolare una buona assistenza (Nursetimes,

2022). Proprio sulla scorta di questa affermazione, si rinnova il concetto che la presa in carico del migrante, a prescindere dal genere, è sostenuta da professionisti sanitari che rispondono a bisogni di salute ma anche da professionisti con competenze burocratiche e legali specifiche in materia di protezione internazionale, umanitaria e sociale, di diritti e doveri dei richiedenti asilo e rifugiati, della normativa italiana ed europea di riferimento e delle procedure e pratiche da espletare (Bates, Casciola et al., 2018).

**OBIETTIVI**

Con queste premesse, lo scopo di questo studio è stato quello di analizzare, tra la letteratura disponibile, gli studi che hanno descritto i flussi migratori in termini di violenza sul genere femminile e sue conseguenze, con particolare attenzione all’aspetto della tratta.

**METODI**

Lo studio si fonda su una revisione della letteratura con particolare attenzione ai fenomeni legati alla violenza contro le donne nei flussi migratori. Per la ricerca è stato identificato il quesito considerando come target le donne con età maggiore di 18 anni, immigrate, che avevano subito una qualsiasi tipologia di violenza durante la tratta. L’analisi temporale comprende gli articoli degli ultimi 10 anni (2012-2022) in lingua italiana ed inglese, free full text. La ricerca si è fondata sull’identificazione delle Parole chiave (violence, immigrant women, ‘Centri di Prima Accoglienza (CPA)’, migratory flows, places of disembarkation in all the world, nursing care, human trafficking, female violence) e la costruzione delle stringhe di ricerca (Tabella 1). Sono state consultate le banche dati Medline/Pubmed, CINAHL, PSYCINFO e GOOGLE SCHOLAR nel periodo compreso tra aprile e giugno 2022.

**Tabella 1. Stringhe di ricerca per le diverse banche dati**

Banca Dati	Stringa di ricerca
Medline/Pubmed	((woman OR women OR girl*) AND (migrant* OR immigrant*)) AND (violence OR abuse* OR batter* OR rape*) (ital*)
Medline/Pubmed	("Human Migration"[Mesh] OR ("Transients and Migrants"[Mesh])) AND ("Women"[Mesh]) (violence OR abuse* OR batter* OR rape*)
CINAHL	((MH "Emigration and Immigration") OR (MH "Relocation") OR (MH "Transients and Migrants")) AND (MH "Women+") AND (MH "Violence+")
CINAHL	(woman or women or female or females or girl or girls) AND (migration or immigration or emigration or refugee or immigrant or migrant or asylum seeker or emigrant) AND (violence or violent or abuse or abused or battered or rape or raped) AND (italy or italian)
PSYCINFO	‘exp human migration,’ ‘human females,’ ‘exp violence’
GOOGLE SCHOLAR	women violence journey migrant OR immigrant OR refugee
GOOGLE SCHOLAR	women violence journey migrant OR immigrant OR refugee Italy
GOOGLE SCHOLAR	female violence AND human trafficking AND immigrant

Inoltre, sono state consultate altre fonti (riviste o fonti di settore, Ministero dell’Interno, Parlamento Italiano).



**RISULTATI**

La revisione della letteratura ha riportato l'inclusione di 6 articoli e l'esclusione di 41 perché concentrati nello specifico solo sul disturbo da stress post traumatico, su malattie sessualmente trasmissibili, o in quanto studi concentrati su minori o genere maschile o ricerche basate sul traffico di esseri umani per reclutare combattenti (Figura 1). Vengono quindi ricompresi nello studio, una revisione narrativa, una revisione sistematica, due studi trasversali, uno studio trasversale quanti-qualitativo e uno studio retrospettivo (Bron-sino, Castagneri et al., 2020, La Cascia, Cossu et al., 2020, Magesa and Kitula, 2020, Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016, Stockl, Fabbri et al., 2021). Come setting di provenienza delle migranti non è stato escluso alcun Paese. (Figura 1)

**Paesi e contesti in cui sono stati condotti gli studi**

Una revisione sistematica (Ottisova, Hemmings et al., 2016), che mirava a stabilire la prevalenza della violenza e di altri rischi per la salute (fisica, mentale e sessuale) sperimentati dalle persone vittime di tratta ha considerato studi condotti nell'Asia meridionale e sudorientale, in Europa, in America Latina e in Nord America comprendendo donne, prevalentemente in situazioni di sfruttamento

sessuale o reclutate dai servizi di supporto dopo la tratta, in contesti clinici e di comunità. Un altro studio (Oram, Abas et al., 2016) ha indagato la salute fisica e mentale anche di donne sopravvissute alla tratta in un Paese ad alto reddito, come l'Inghilterra poiché la maggior parte della ricerca ad oggi è stata condotta nei paesi a basso-medio reddito, principalmente del Sud e del Sud-Est asiatico e negli Stati post-sovietici. I partecipanti provenivano da oltre 30 paesi tra cui Nigeria, Polonia e Albania. Sono state determinate le diverse forme di abuso subite dalle vittime della tratta di esseri umani durante il viaggio e dopo aver raggiunto il luogo di destinazione, concentrandosi sulle giovani donne della regione di Arusha in Tanzania (Magesa and Kitula, 2020).

Una revisione narrativa della letteratura (La Cascia, Cossu et al., 2020), sulle esperienze delle donne durante il processo migratorio aveva come focus geografico le donne che migrano nel Mediterraneo.

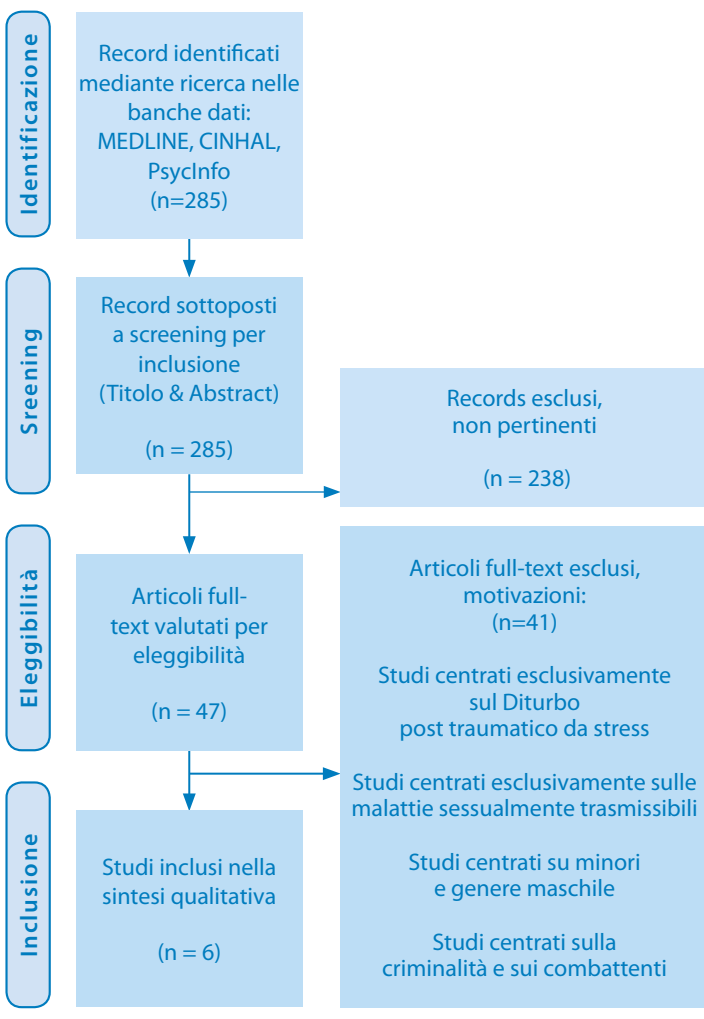
**Donne vittime di tratta di esseri umani e violenza**

Quando le donne sono trafficate a scopo di tratta, spesso si raccolgono esperienze di violenza fisica e sessuale (oltre il 30% in Cambogia fino al 90% in un'indagine europea) avvenute prima, durante o dopo la tratta (Magesa and Kitula, 2020, Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016). Nello studio di Oram S. (Oram, Abas et al., 2016), la maggior parte delle donne aveva subito violenza fisica o sessuale durante la tratta. La violenza era perpetrata prevalentemente da partner, familiari, datori di lavoro, clienti, anche con gravidanze indesiderate (Magesa and Kitula, 2020, Oram, Abas et al., 2016). Uno studio sulle donne migranti arrivate in Grecia, ha rilevato che le politiche di immigrazione e l'asilo rappresentano un fattore di rischio per le donne poiché possono subire soprusi anche dalle autorità, prima e durante il viaggio. In particolare, le donne che viaggiano da sole o senza partner maschile sono particolarmente vulnerabili alle aggressioni (La Cascia, Cossu et al., 2020).

Lo studio di Stöckl H. (Stockl, Fabbri et al., 2021) si è proposto di descrivere i casi documentati di violenza tra i sopravvissuti alla tratta e i fattori associati, attingendo alla più grande banca dati globale finora esistente, Victim of Trafficking Database (VoTD), dell'IOM. Di oltre 10.000 vittime di tratta il 54% erano donne che hanno riportato più violenza fisica (54% vs 45%) e sessuale (25% vs 2%) rispetto agli uomini. La maggior parte aveva tra i venti e i trent'anni e la violenza fisica e/o sessuale è risultata significativamente associata al sesso femminile, alla giovane età e allo status socio-economico elevato. L'essere donna e lo status socio-economico più elevato sono rimasti significativamente associati alle segnalazioni di violenza fisica e/o sessuale, considerando anche i fattori legati al transito e allo sfruttamento (Stockl, Fabbri et al., 2021).

Uno studio ha descritto le Violenze Sessuali di Genere (Gender-Based Sexual Violence-SGBV) denunciate dalle donne richiedenti asilo durante il viaggio dal paese d'origine all'Italia, utilizzando dati derivanti dalle cartelle cliniche di uno dei più grandi hub regionali italiani. All'arrivo in Italia si è riscontrata una maggiore prevalenza di malattie [del sangue, dell'apparato digerente, neurologiche, psicologiche, genitali, infezioni da Human Immunodeficiency Virus (HIV) ('Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS')]. Più del 50%

**Figura 1. Flow-Chart: tavola di estrazione**



erano gravide in media al 2°-3° mese di gestazione; il 70% ha richiesto un'interruzione volontaria di gravidanza. Questi dati nelle donne vittime di SGBV erano più elevati in relazione alle altre donne migranti. Dalle cartelle cliniche è stato possibile identificare circa il 16% di donne vittime di tratta anche se si sospettavano percentuali maggiori, spesso con la complicità dei familiari. Quasi il 70% ha riferito alla prima visita di aver subito violenza ricevendo così supporto psicologico immediato. Solo l'8% ha denunciato ufficialmente la SGBV all'Autorità giudiziaria (Bronsino, Castagneri et al., 2020).

Dallo studio condotto in Inghilterra (Oram, Abas et al., 2016), emerge che le donne sono state più spesso vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale, lavorativo o di servitù domestica; generalmente più giovani degli uomini e con un grado di istruzione inferiore, talvolta sole ma con la medesima probabilità di generare figli. Oltre il 40% delle donne viveva con i propri figli e aveva subito una qualche situazione di sfruttamento in media per 12 mesi; più dell'80% aveva subito forti limitazioni negli spostamenti. Nello studio condotto in Tanzania (Magesa and Kitula, 2020) la maggior parte del campione di donne aveva un'età compresa tra i 20 e i 24 anni, il 44% era sposata e il 74% aveva completato almeno l'istruzione primaria. Gli abusi inflitti alle giovani donne erano perpetrati da persone diverse, soprattutto dai datori di lavoro e dai trafficanti. In un altro studio (La Cascia, Cossu et al., 2020) è riportato che oltre un terzo delle donne ha dichiarato di aver subito molestie sessuali da parte degli agenti nei centri di accoglienza e durante la visita medica oltre il 40% dei richiedenti asilo dichiarava di aver subito violenza e torture a scopo sessuale.

### Donne migranti e diverse forme di violenza

Nello studio condotto in Italia (Bronsino, Castagneri et al., 2020) quasi 2.500 donne hanno avuto accesso al CdA, oltre il 50% aveva un'età compresa tra i 18 e i 24 anni e la maggior parte proveniva dall'Africa subsahariana. Si sono evidenziati circa una cinquantina di casi di tortura e violenza sessuale, per la maggior parte avvenuti durante la permanenza in Libia. Nonostante la scarsità di dati sulla salute delle donne africane migranti arrivate in un Paese europeo, uno studio italiano (La Cascia, Cossu et al., 2020) ha mostrato che quasi tutte le donne coinvolte avevano subito abusi in Libia, con violenze sessuali e mutilazioni genitali femminili (Female Genital Mutilation-FGM).

La violenza da partner intimo (Intimate Partner Violence Against Women-IPVAW), nonostante le conseguenze per la salute generale e mentale, secondo un'analisi comparativa su 17 paesi subsahariani è considerata un atto giustificabile dagli uomini e dalle donne in talune circostanze come l'abbandono dei figli, le uscite senza informare il marito, l'obiezione al marito e il rifiuto dei rapporti sessuali con il coniuge. Sembra essere più accettabile per i giovani meno istruiti, più poveri, che vivono nelle zone rurali. Anche tra i richiedenti asilo nei Paesi ad alto reddito, l'incidenza di SGBV era elevata. In Tanzania, si stima che quasi 8 milioni di donne e ragazze siano state sottoposte a FGM; il 69% delle partecipanti ad uno studio riferiva FGM a varie età (La Cascia, Cossu et al., 2020).

Donne migranti, tratta di esseri umani e salute mentale

I dati generali sulla salute mentale dei migranti rivelano livelli ele-

vati di ansia, depressione, Disturbo Post-Traumatico da Stress (Post-Traumatic Stress Disorder-PTSD), disturbo da panico e agorafobia. Questi dati sono raramente disaggregati per genere, rendendone difficile lo studio per le donne. La salute mentale dei migranti sembra essere influenzata dalle esperienze vissute nel paese d'origine (pre-migrazione), dal processo migratorio stesso e dalle condizioni di vita nel Paese di insediamento (post-migrazione) (La Cascia, Cossu et al., 2020).

Alcuni studi sulla salute mentale delle vittime di tratta di esseri umani riportano la presenza di depressione, ansia, PTSD, sintomi clinicamente significativi di disagio psicologico fino all'ideazione suicidaria (Magesa and Kitula, 2020, Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016).

Durata ed esperienze traumatiche nel viaggio di migrazione rendono le donne particolarmente vulnerabili al disagio psicologico. Anche i rifugiati sono particolarmente a rischio di problematiche legate alla salute mentale. L'isolamento sociale è un fattore predittivo di problematiche legate alla salute mentale. Durante la fase post-migratoria, è possibile che i migranti restino nei campi profughi per mesi o anni, dove le condizioni di vita possono esporre allo sviluppo di disturbi legati allo stress; le donne sono particolarmente esposte e hanno una probabilità doppia di sviluppare un PTSD rispetto agli uomini per differenti ragioni (insufficienza di risorse per il supporto sociale, reazioni psicobiologiche acute al trauma specifiche per sesso, violenze da parte di aggressori) (La Cascia, Cossu et al., 2020).

Depressione, psicosi e disturbi correlati al trauma sono esiti comuni di persecuzioni legate al genere; alcuni studi hanno indicato un'alta prevalenza nell'uso di droghe e alcol tra le donne vittime di tratta (La Cascia, Cossu et al., 2020, Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016).

### Donne migranti, tratta di esseri umani, sintomi e altre patologie

I sintomi fisici più comunemente riferiti dalle vittime di tratta, in percentuali superiori al 50% sono cefalea, dorso-lombalgia, dolore addominale, odontalgia, stanchezza e vertigini (Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016). La stima della prevalenza dell'HIV nelle donne vittime di tratta in uno studio era del 18% nonostante una elevata eterogeneità. Una maggiore durata dello sfruttamento è associata a maggiori probabilità di infezione e una potenziale associazione vi è tra probabilità di infezione e prevalenza dell'HIV nelle aree geografiche verso o da cui le donne sono state vittime di tratta (Ottisova, Hemmings et al., 2016). Alcuni studi hanno riportato una prevalenza di sintomi legati alle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) che variava dal 6% per le donne sfruttate sessualmente in Israele al 66% per le prostitute vittime di tratta in Thailandia (Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016). Donne migranti, aspetti socio-culturali e accesso ai servizi

In relazione al soddisfacimento dei bisogni, uno studio evidenzia una scarsità di risposta alle richieste di natura sociale e di budgeting, con ridotta disponibilità economica per i beni essenziali, accesso ai sussidi o limitata vita sociale, spesso correlata a mancanza di conoscenza dei servizi di supporto psicologico e clinico nei Paesi

di accoglienza (Oram, Abas et al., 2016). Altre barriere all'accesso alle cure sono rappresentate dalla lingua, dal background culturale e dalla pressione sociale. Le donne immigrate che subivano violenza da parte del partner spesso non riuscivano ad allontanarsi da quella relazione per l'elevato livello di insicurezza sociale e finanziaria nel Paese di destinazione. Uno studio condotto in Spagna ha similmente evidenziato che può sussistere una forte associazione tra lo stato di immigrazione, il sostegno personale, sociale, familiare e la violenza da parte del partner. L'esposizione al rischio di subire ulteriori violenze una volta arrivate nei Paesi ospitanti per le donne migranti è molto elevata. Spesso le donne non riescono ad accedere alle cure per la violenza subita né durante il viaggio, né una volta arrivate nel Paese ospitante. Uno studio condotto a Pavia ha mostrato che solo la metà del campione di donne migranti aveva avuto accesso ad una procedura diagnostica e/o aveva avuto una prescrizione di farmaci; solo un terzo aveva fruito del servizio di prevenzione/controllo per le malattie croniche (La Cascia, Cossu et al., 2020).

## DISCUSSIONE

Nonostante le recenti modifiche geopolitiche relative alla capacità ricettiva dei migranti nei Paesi europei, la situazione rimane complessa per molteplici aspetti (La Cascia, Cossu et al., 2020). Allo stato attuale il numero dei migranti sbarcati in Italia a decorrere dal 01 gennaio al 14 luglio 2023 è di 75.065 persone contro le 31.920 e 24.624 del 2022 e 2021 rispettivamente. Le principali nazionalità dichiarate al momento dello sbarco sono la Costa d'Avorio, la Guinea, l'Egitto, il Bangladesh, il Pakistan, la Tunisia, Burkina Faso, Siria, Camerun e il Mali (Ministero dell'Interno).

La revisione condotta aveva lo scopo di descrivere i flussi migratori in termini di violenza sul genere femminile e sue conseguenze, con particolare attenzione all'aspetto della tratta.

Gli studi considerati sono stati condotti nei paesi dell'Asia meridionale e sud-orientale, Europa, America latina, nord America, Inghilterra, Africa e considerando anche le donne che migrano attraverso il mediterraneo. Le donne vittime di SGBV avevano un'età compresa tra i 18 e i 30 anni ad eccezione di un solo caso (Bronsino, Castagneri et al., 2020). Si sono evidenziati aspetti che riguardavano le donne, la migrazione, la violenza, la tratta, i rischi per la salute fisica e mentale e bisogni di natura sociale (Bronsino, Castagneri et al., 2020, La Cascia, Cossu et al., 2020, Magesa and Kitula, 2020, Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016, Stockl, Fabbri et al., 2021).

Emerge dallo studio che la tratta di esseri umani per le donne si sovrappone alla violenza nelle sue differenti forme (fisica, sessuale, psicologica, economica) e nelle diverse fasi temporali che la caratterizzano perpetrata prevalentemente dai trafficanti, nella sfera familiare o lavorativa ma anche da parte di coloro che nelle diverse fasi del viaggio della migrazione dovrebbero garantirne l'incolumità. Le ragioni che spingono le donne alla migrazione variano in base al Paese d'origine e possono comprendere circostanze politiche, culturali e religiose. Nell'ambito del lavoro domestico nei Paesi in cui la tratta è fenomeno comune la violenza rivolta alle donne sfruttate da parte dei membri della famiglia è un comportamento

raramente condannato; la IPVAV in molti paesi sub-sahariani è giustificata sia dagli uomini che dalle donne. Per molte donne la fine del viaggio rappresenta l'inizio di nuove forme di violenza che subiscono nei CdA, perché sovraffollati e poco protetti o controllati. Le donne sono maggiormente esposte alla violenza se sole, più giovani, con un basso grado di scolarità, segnalando maggiormente se appartenenti ad uno status socio-economico più elevato. Nello specifico della SGBV e in relazione alla notevole disponibilità di dati sui migranti in Italia emerge una maggiore prevalenza di malattie tra cui le sessualmente trasmesse e di gravidanze indesiderate per cui in elevata percentuale ne è richiesta l'interruzione. L'SGBV assieme alle altre forme di violenza rappresenta un rischio costante per le donne migranti in tutte le fasi del viaggio verso l'Europa (La Cascia, Cossu et al., 2020, Lopez-Domene, Granero-Molina et al., 2019, Vu, Adam et al., 2014). Da ciò deriva che probabilmente il fenomeno risulta maggiormente esteso in relazione al fatto che sia poco indagato anche per difficoltà metodologiche e che molte donne non denunciano la loro condizione soprattutto quando le violenze avvengono durante il viaggio. In letteratura è riportata questa difficoltà di stimare il fenomeno nelle sue diverse forme assieme ad una prevalenza eterogenea (Araujo, Souza et al., 2019) che ne suggerisce una sottostima legata alla mancata segnalazione per paura di ritorsioni (De Schrijver, Vander Beken et al., 2018, Keygnaert, Dias et al., 2015).

La violenza legata alla tratta è dunque da considerarsi a tutti gli effetti come violenza di genere essendo le donne maggiormente coinvolte (Kiss, Pocock et al., 2015, Stockl, Fabbri et al., 2021) ed è associata anche ad altri fattori legati alla modalità di reclutamento e di transito nei diversi Paesi (Kiss and al., 2019, Passos and al., 2020). Le donne migranti sono anche oggetto di violenza in termini di abusi, torture e FGM.

In generale per quanto riguarda l'ambito della salute mentale dei migranti emergono livelli elevati di disturbi di diversa natura (es. ansia, depressione, PTSD, ecc.) legati ai differenti vissuti dal pre- al post-migrazione e per cui è difficile stimare una differenziazione di genere. Tuttavia, proprio in relazione ad alcuni elementi specifici come la durata del viaggio e la natura delle esperienze vissute e condizioni dal pre- al post-migrazione (es. isolamento, sfruttamento, violenza, mancanza di risorse) le donne sono particolarmente vulnerabili a problematiche legate alla salute mentale come ad esempio l'abuso di sostanze.

Nonostante nello specifico dell'Italia ad una elevata percentuale di migranti che hanno subito violenza venga offerto supporto psicologico in seguito alla prima visita i disturbi mentali permangono nel tempo anche dopo violenze e/o tratta; per questa ragione si rende necessario prevedere una rete di servizi dedicati alla salute per le vittime di questi fenomeni, che esprimono bisogni anche di natura sociale che, se non soddisfatti, ostacolano la ricostruzione della loro vita, nei paesi sia a basso che a medio reddito (Abas, Ostrovski et al., 2013, Oram, Abas et al., 2016, Ottisova, Hemmings et al., 2016).

Le donne che hanno subito una SGBV sperimentano più malattie e riferiscono difficoltà ad accedere alle cure sia durante il viaggio che a destinazione, esprimendo un bisogno di assistenza sanitaria

(Center for Reproductive Rights, 2017) spesso non riconoscendo, per ragioni culturali i problemi psicologici post trauma violento, anche a lungo termine e non riportando ai sanitari la violenza subita (Oliveira, Oliveira Martins et al., 2019, WHO, 2019). Ancor di più pertanto si alimenta la scarsità di dati relativi alle violenze subite dalle donne nella migrazione che arrivano nei Paesi del Mediterraneo e sull'esposizione a malattie anche di natura psicologica nonché sulla presenza di servizi dedicati.

Limitata risulta ancora la risposta ad un bisogno di sussistenza e di natura sociale legato a barriere quali la mancata conoscenza della presenza di servizi dedicati sia durante il viaggio della migrazione che nel Paese di accoglienza, la lingua, il background culturale, la pressione sociale.

Dalla revisione non emergono nel dettaglio aspetti legati alla competenza specifica e alla tipologia dei professionisti in relazione alla presa in carico delle donne migranti una volta giunte nei Paesi di destinazione. Tali aspetti potrebbero risultare strategici nella tutela delle persone accolte nei centri e meriterebbero attenzione. Nello specifico, per l'infermiere sarebbe interessante avere maggiore dettaglio sulla modalità di reclutamento e di allocazione nelle strutture. Questi aspetti organizzativi non sono secondari e la competenza dell'Infermiere può e deve esprimersi a favore delle vittime di violenza e di tratta che si avvicinano al nostro Paese, contestualizzata in un setting inusuale, come quello dei CdA, dove la multidisciplinarietà è l'elemento vincente della presa in carico. A tal proposito si richiamano gli articoli del Codice Deontologico del 2019 che trattano nello specifico la tutela della presa in carico dell'assistito oltre il pregiudizio, l'etnia, la religione, il credo, la cultura. Multidisciplinarietà e multi-professionalità consentono di valorizzare le interazioni umane che devono essere permeabili al mutamento, alle novità e alla ricostruzione degli eventi una volta accaduti.

## LIMITI

Non sono stati inclusi gli studi pubblicati in lingue diverse dall'inglese se non la lingua italiana. L'eterogeneità, il numero limitato degli studi, le modalità di campionamento di alcuni studi (non probabilistico, numerosità campionaria ridotta) limitano le conclusioni di questa revisione. L'elaborazione di dati offerti da data-set non rappresenta un'indagine sistematica basata su strumenti validati ed è di natura trasversale con i conseguenti limiti legati alla causalità. Non vi è la certezza della rappresentatività della popolazione complessiva delle vittime di tratta se si considerano solo coloro che sono entrati in contatto con i servizi post-tratta. Differenze di glossario sono state riscontrate in alcuni studi.

## CONCLUSIONI

Nonostante l'entità e la gravosità della migrazione per le donne la letteratura epidemiologica è limitata sull'argomento in relazione ad aspetti specifici legati al genere, al disagio legato alla salute in tutte le sue forme e in relazione alle diverse fasi della tratta di esseri umani che ancor oggi rappresenta un crimine di ampia portata. È necessario che la ricerca si attivi con priorità per la grande popolazione globale di donne abusate e sfruttate nella migrazione e nella tratta di esseri umani. Riconoscere le forme di violenza e

concentrare gli sforzi della presa in carico multidisciplinare, potrebbe rappresentare una svolta per riconsegnare alle donne fiducia e autostima.

La nostra revisione, in accordo con la letteratura considerata, sottolinea la necessità stringente non solo di ricerca ma anche di interventi, politiche ed approcci appropriati a questo fenomeno per migliorare le condizioni di vita delle donne, prevenire i danni conseguenti, valutare i bisogni e fornire un'assistenza mirata. In questo senso, auspichiamo un maggior dialogo con la letteratura antropologica e, in particolare, con quella branca dell'antropologia sociale che si è occupata di analizzare "da vicino" e "da basso" tanto gli effetti della migrazione sulle traiettorie di vita e di lavoro – ma anche sulla salute e sulla salute riproduttiva – delle donne, sia le modalità utilizzate dagli apparati istituzionali che, a diversi livelli, sottraendo agency alle donne, inquadrando come vittime, hanno contribuito a renderle soggettività ancor più marginali.

Tutte le parti interessate (società, politiche, educazione, Paesi coinvolti, sistemi di cura e assistenza) con responsabilità dovrebbero essere coinvolte con prontezza per affrontare e rispondere alla vulnerabilità e sofferenza delle donne migranti anche nello specifico delle diverse fasi della tratta di esseri umani per favorire il diritto per le donne a riprendere una vita libera e indipendente anche nell'ottica di una piena integrazione nei Paesi ospitanti.

## BIBLIOGRAFIA

- Abas, M., Ostrovski, NV., Prince, M., Gorceag, VI., Trigub, C. & Oram, S. (2013) Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC Psychiatry*, 13, 204.
- Amahoro (2021) Il protocollo di Maputo, i diritti delle donne in Africa. Available online: [www.amahorongoz.org/il-protocollo-di-maputo-i-diritti-delle-donne-in-africa](http://www.amahorongoz.org/il-protocollo-di-maputo-i-diritti-delle-donne-in-africa) [Accessed 22/03/22].
- Araujo, JO., Souza, FM., Proença, R., Bastos, ML., Trajman, A. & Faerstein, E. (2019) Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saude Publica*, 23, 53.
- Avviso Pubblico (2017) Documentazione. Available online: [www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici](http://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici) [Accessed 22/03/22].
- Avviso Pubblico (2017) Legge n. 46 del 2017 Disposizioni urgenti in materia di immigrazione. Scheda di sintesi. Available online: [www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/osservatorio-parlamentare/attivita-legislativa/leggi-approvate/legge-n-46-del-2017-disposizioni-urgenti-in-materia-di-immigrazione-scheda-di-sintesi](http://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/osservatorio-parlamentare/attivita-legislativa/leggi-approvate/legge-n-46-del-2017-disposizioni-urgenti-in-materia-di-immigrazione-scheda-di-sintesi) [Accessed 22/03/22].
- Bates, L., Casciola, G. & Primi, F. (2018) Un'équipe multidisciplinare per la presa in carico delle donne rifugiate e richiedenti asilo [eBook]. Available online: [https://www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2018/09/MDT-Booklet\\_IT.pdf](https://www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2018/09/MDT-Booklet_IT.pdf) [Accessed 21/04/22]
- Bronsino, M., Castagneri, C., Spinazzola, M., Pepe, RR., Sacerdote, C. & Ricceri, F. (2020) "Journey of hope": a study on sexual gender-based violence reported by asylum-seeking women during their journey to Europe. *Epidemiol Prev*, 44 (5-6 Suppl 1), 102-106.
- Center for Reproductive Rights (2017) Special calculations of data from United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World population prospects: the 2015 revision; and Center for Reproductive Rights. The world's abortion laws 2017. Available online: <http://www.worldabortionlaws.com/> [Accessed April 2022].
- De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahé, B. & Keygnaert, I. (2018) Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 15(9).
- Di Martino, S., Leccesi, A. & Cesarini, S. (2017) Il fenomeno dell'immigrazione ed il processo di integrazione con particolare riferimento all'accoglienza nazionale e comparata [eBook]. Available online: <https://culturaprofessionale>

- interno.gov.it/FILES/docs/1260/Gruppo%206%20-%20testo%20integrale.pdf [Accessed April 2022].
- Diritto Consenso (2020) I flussi migratori: comprendere il fenomeno. Available online: [www.dirittoconsenso.it/2020/07/06/flussi-migratori-comprendere-il-fenomeno](http://www.dirittoconsenso.it/2020/07/06/flussi-migratori-comprendere-il-fenomeno) [Accessed 17/04/22]
  - Gass, M., Wilson, T., Talbot, B., Tucker, A., Ugianskis, M. & Brennan, N. (2019) The Value of Outdoor Behavioral Healthcare for Adolescent Substance Users with Comorbid Conditions. *Subst Abuse*, 13, 1178221819870768.
  - Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri. Titolo II Rapporti etico-sociali. Available online: [www.governo.it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali](http://www.governo.it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali) [Accessed 23/03/22].
  - ILO (2012). ILO Global Estimate of Forced Labour 2012: Results and Methodology. Geneva, Switzerland: International Labour Office; 2012. Available online: [https://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/publications/WCMS\\_182004/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/publications/WCMS_182004/lang-en/index.htm) [Accessed April 2022].
  - Il Post (2013). La legge contro la violenza sulle donne in Afganistan. Available online: [www.ilpost.it/2013/05/18/la-legge-contro-la-violenza-sulle-donne-in-afghanistan](http://www.ilpost.it/2013/05/18/la-legge-contro-la-violenza-sulle-donne-in-afghanistan) [Accessed 22/03/22]
  - Keygnaert, I., Dias, SF., Degomme, O., Devillé, W., Kennedy, P., Kováts, A., De Meyer, S., Vettenburg, N., Roelens, K. & Temmerman, M. (2015). Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health*, 25(1), 90-96.
  - Kiss, L., Mak, J. & Sijapati, B. (2019) South Asia Work in Freedom Three-Country evaluation: A theory-Based Intervention Evaluation to Promote Safer Migration of Women and Girls in Nepal, India and Bangladesh [eBook]. SWIFT Research report. London School of Hygiene & Tropical Medicine, London. Available online: <https://www.lshtm.ac.uk/files/SWIFT-Report-on-a-three-country-theory-based-evaluation-to-promote-safer-migration.pdf> [Accessed April 2022]
  - Kiss, L., Pocock, NS., Naisanguansri, V., Suos, S., Dickson, B., Thuy, D., Koehler, J., Sirisup, K., Pongrungeesee, N., Nguyen, VA., Borland, R., Dhavan, P. & Zimmerman, C. (2015) Health of men, women, and children in post-trafficking services in Cambodia, Thailand, and Vietnam: an observational cross-sectional study. *Lancet Glob Health*, 3(3), e154-161.
  - La Cascia, C., Cossu, G., Lindert, J., Holzinger, A., Zreik, T., Ventriglio, A. & Bhugra, D. (2020) Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 16(Suppl-1), 101-108.
  - López-Domene, E., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, JM., López-Rodríguez, MDM., Fernández-Medina, IM., Guerra-Martín, MD. & Del Mar Jiménez-Lasserrotte, M. (2019). Emergency Care for Women Irregular Migrants Who Arrive in Spain by Small Boat: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(18).
  - Magesa, RJ. & Kitula, MDN (2020). Understanding violence against victims of human trafficking a case of young females. *European Journal of Research in Social Sciences*, 8(5), 9-19.
  - Ministero dell'Interno Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione (2023). Cruscotto statistico giornaliero. Available from: <http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero> [Accessed 18/07/23]
  - Mondo Internazionale (2022). Violenza di genere in America latina. Available online: [mondointernazionale.com/academy/la-violenza-di-genere-in-america-latina](http://mondointernazionale.com/academy/la-violenza-di-genere-in-america-latina) [Accessed 22/03/22].
  - Nursetimes (2022). L'infermiere nei centri di accoglienza: il nursing transculturale. Available online: [nursetimes.org/linfermiere-nei-centri-accoglienza-nursing-transculturale/34034](http://nursetimes.org/linfermiere-nei-centri-accoglienza-nursing-transculturale/34034) [Accessed 21 April 2022].
  - Oliveira, C., Oliveira Martins, MDR., Dias, S. & Keygnaert, I. (2019) Conceptualizing sexual and gender-based violence in European asylum reception centers. *Arch Public Health*, 77, 27.
  - Oram, S., Abas, M., Bick, D., Boyle, A., French, R., Jakobowitz, S., Khondoker, M., Stanley, N., Trevillion, K., Howard, L. & Zimmerman, C. (2016) Human Trafficking and Health: A Survey of Male and Female Survivors in England. *Am J Public Health*, 106(6), 1073-1078.
  - Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, LM., Zimmerman, C. & Oram, S. (2016) Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25(4), 317-341.
  - Passos, TS., Santos Santana, MF., Cordero-Ramos, N. & Almeida-Santos, MA. (2020). Profile of reported trafficking in persons in Brazil between 2009 and 2017. *J. Interpers. Violence*, 0886260520976219
  - Perera, A. (2011) Human Trafficking: A crime that shame humanity. New Delhi: Global Vision Publishing House. Pp 213
  - Protocollo Migranti (2022). Protocollo per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale. Available online: [https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/Simm\\_x\\_news/2015/2015.PROTOCOLLO\\_MIGRANTI\\_Reg.\\_Fvg.\\_12.06.015.pdf](https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2015.PROTOCOLLO_MIGRANTI_Reg._Fvg._12.06.015.pdf) [Accessed 21 April 2022]
  - Senato della Repubblica (2017). La Convenzione di Istanbul e la legge di autorizzazione alla ratifica. Available online: [www.senato.it/japp/bgt/show-doc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier\\_dossier1-sezione\\_2-h2\\_h22](http://www.senato.it/japp/bgt/show-doc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_2-h2_h22) [Accessed 22/03/22]
  - Stöckl, H., Fabbri, C., Cook, H., Galez-Davis, C., Grant, N., Lo, Y., Kiss, L. & Zimmerman, C. (2021) Human trafficking and violence: Findings from the largest global dataset of trafficking survivors. *J Migr Health*, 4 100073.
  - The Lancet Public Health (2018). Protecting migrant women. *Lancet Public Health*, Jan, 3(1), e1.
  - United Nations Office on Drugs and Crime (2014). United nations convention against transnational organized crime and the protocols thereto, Vienna: Vienna International Centre. Pp 42. Available online: [https://www.unodc.org/documents/middleeastandnorthafrica/organised-crime/UNITED\\_NATIONS\\_CONVENTION\\_AGAINST\\_TRANSNATIONAL\\_ORGANIZED\\_CRIME\\_AND\\_THE\\_PROTOCOLS\\_THERETO.pdf](https://www.unodc.org/documents/middleeastandnorthafrica/organised-crime/UNITED_NATIONS_CONVENTION_AGAINST_TRANSNATIONAL_ORGANIZED_CRIME_AND_THE_PROTOCOLS_THERETO.pdf) [Accessed 16th may, 2018].
  - Vita (2020 ). Migranti internazionali, raggiunta quota 272 milioni. Available online: [www.vita.it/article/2020/10/08/migranti-internazionali-raggiunta-quota-272-milioni/156925](http://www.vita.it/article/2020/10/08/migranti-internazionali-raggiunta-quota-272-milioni/156925) [Accessed 20/03/22]
  - Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L., Glass, N., Beyrer, C. & Singh, S. (2014) The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr*, 6.
  - WHO (2019 ). World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors. Developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva 2019. Available online: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/04/9789240001411-eng.pdf> [Accessed April 2022]
  - Women's Refugee Commission (2016). The call to action on protection from gender-based violence in emergencies. New York: Women's Refugee Commission 2016. Available online: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1479-call-to-action-gbv-protection-in-emergencies> [Accessed April 2022]

## Conflitto di Interesse

Nessun autore ha conflitti di interesse da dichiarare

Fonti di finanziamento

La revisione condotta non ha ricevuto finanziamenti

Contributo degli autori

Tutti gli autori hanno contribuito all'ideazione, alla conduzione alla stesura o revisione critica dello studio e ne hanno approvato la versione finale. Tutti gli autori sono in accordo sull'ordine in cui i nomi sono elencati nel manoscritto

*Il nostro gruppo di ricerca è profondamente interessato alla salute e al benessere delle donne. La mobilità è ancora oggi di grande attualità e il fenomeno migratorio coinvolge molti fattori, tra cui le differenze di genere. Le tappe del viaggio possono portare a situazioni di disagio e le donne sono più a rischio durante la migrazione. I flussi migratori sono spesso collegati al fenomeno della "tratta di esseri umani".*

*La revisione presentata ha analizzato la letteratura disponibile che descrive l'assistenza alle donne nei flussi migratori, con particolare attenzione alla tratta. Le donne migranti e trafficate subiscono violenza, sono esposte a rischi per la salute fisica e psicologica, sono soggette a violenza sessuale di genere e manifestano anche un bisogno sociale.*

*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.*

**Alice Bernardi**

Infermiere clinico, Centro Residenziale per Anziani di Cittadella

**Elisa Mazzariol**

Coordinatore Infermieristico UOC Cardiologia, Ospedale di Conegliano, Azienda ULSS2 Marca Trevigiana

**Paola Tiatto**

Coordinatore Infermieristico PICC Team, Istituto Oncologico Veneto-IOV IRCCS, Padova

**Andrea Rostirolla**

Infermiere PICC Team, Istituto Oncologico Veneto-IOV IRCCS, Padova

**Martina Berto**

Infermiere PICC Team, Istituto Oncologico Veneto-IOV IRCCS, Padova

**Matteo Bernardi**

Referente Area Organizzativa Gestionale, UOSD Direzione delle Professioni Sanitarie, Istituto Oncologico Veneto-IOV IRCCS, Padova

**Andrea Bianchin**

Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Montebelluna, Azienda ULSS2 Marca Trevigiana

# L'esperienza di vita della persona in trattamento chemioterapico con catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Indagine osservazionale-trasversale.

*The life experience of the patient undergoing chemotherapy with a peripherally inserted central venous catheter (PICC).  
Observational-cross-sectional investigation.*

**ABSTRACT**

**Introduzione.** L'incidenza a livello mondiale delle patologie tumorali sta aumentando e un numero maggiore di assistiti riceve trattamenti chemioterapici attraverso dispositivi quali ad esempio il PICC. La maggior parte degli studi pubblicati si concentrano su fattori economici. Un numero esiguo di studi è disponibile circa le esperienze di vita e le aspettative del paziente. **Obiettivo.** Descrivere l'esperienza di vita degli assistiti con diagnosi di malattia oncologica in trattamento chemioterapico che vivono con il PICC.

**Metodi.** È stata condotta un'indagine osservazionale-trasversale, tramite interviste semi-strutturate. Il pool di quesiti è stato tratto dallo studio di Oakley, Wright e Ream (2000). L'analisi dei dati è avvenuta con metodo Van Kaam. **Risultati.** Il campione ha incluso 12 soggetti. L'analisi delle interviste ha permesso di evidenziare cinque temi principali. Le aspettative sono state caratterizzate da ansia e paura che non si sono poi dimostrate in linea con la realtà. Le voci degli infermieri durante l'impianto hanno influenzato l'esperienza sensoriale delle persone. L'educazione è essenziale per favorire l'indipendenza del soggetto nella vita quotidiana. La mag-

gior parte degli assistiti si è adattata positivamente alla vita con il PICC. Infine, la percezione di sé divide gli assistiti in coloro che non si sentono diversi e coloro che affermano di vedersi malati. **Conclusioni.** Dallo studio condotto emerge che gli aspetti critici della convivenza con il PICC siano principalmente l'impatto sulla vita quotidiana e sull'immagine corporea. Il PICC rappresenta sia un simbolo della malattia che un alleato che consente di sconfiggere un nemico più grande, quale il cancro. **Parole chiave.** Neoplasia, catetere venoso centrale periferico, qualità di vita, indagini e questionari

**ABSTRACT**

**Background.** The global incidence of cancer continues to rise, and a significant number of patients receive their chemotherapy via devices such as the PICC. Published studies mostly focus on economic factors, while a limited number of research studies focus on patients' life experiences and expectations.

**Objective.** To describe the life experiences of oncology patients receiving chemotherapy and living with PICC. **Methods.** Semi-structured interviews were used to conduct an observational cross-sectional survey. The pool of questions was taken from the study performed by Oakley, Wright and Ream (2000). The data were analyzed by using the Van Kaam method. **Results.** The sampling comprised 12 individuals. Analysis of the interviews revealed five main themes. i) The patients' expectations were characterized by anxiety and fear, which did not reflect what they experienced. ii) The voices of the nurses during the implantation were found to have positively influenced people's sensory experience. iii) To promote independence in daily life, education is essential. iv) The majority of clients have made a positive adjustment to living with the PICC. v) Finally, the self-perception of the patients divides them into those who do not feel any different and those who say that they see themselves as sick. **Conclusions.** The study shows that the critical aspects of life with a PICC are mainly the impact on daily life and body image. The PICC is at once a symbol of the disease as well as an ally that can be used in the effort to overcome a greater enemy, such as cancer. **Key Words.** neoplasms, catheterization peripheral, survey and questionnaire and quality of life.

**INTRODUZIONE**

Il "The Cancer Atlas" afferma che il cancro è destinato a diventare il principale ostacolo all'aumento dell'aspettativa di vita nel secolo corrente (si stimano 29.4 milioni di nuovi casi nel 2040), poiché il numero di decessi per causa cardiovascolare è in diminuzione grazie alla prevenzione e ai trattamenti (American Cancer Society, 2018).

A livello mondiale si è stimato che nel 2018 siano stati diagnosticati 18.1 milioni di nuovi casi e si siano verificati 9.6 milioni di decessi per cancro. Rapportando tale dato in termini di proporzioni si evince che una donna su cinque e un uomo su quattro abbiano sviluppato la malattia ed una donna su undici e un uomo su otto siano morti a causa di questa (American Cancer Society, 2018).

L'Europa presenta un quarto di tutti i nuovi casi a livello globale (4.2 milioni) e un quinto dei decessi (1.9 milioni) pur avendo meno di un decimo della popolazione mondiale (American Cancer Society, 2018).

Facendo riferimento alla popolazione italiana, i nuovi casi di tumore stimati (ad eccezione dei tumori della cute diversi dal melanoma) nel 2022 sono stati 390.700. Nel documento emanato dal Ministero della Salute, "I numeri del cancro in Italia" (2022), viene riportato che la stima dei nuovi casi di tumore nella popolazione maschile e nella popolazione femminile sia rispettivamente di 205.000 (a fronte dei 199.500 casi diagnosticati nel 2020, con un aumento dell'1,4%) e di 185.700 (a fronte dei 183.200 casi diagnosticati nel 2020, con un aumento stimato dello 0,7%).

Il trattamento della patologia neoplastica si basa su obiettivi definiti dalla tipologia e dallo stadio del tumore. Il miglioramento della

qualità di vita, l'alleviamento dei sintomi, il prolungamento della sopravvivenza, il contenimento della proliferazione delle cellule neoplastiche e la totale eradicazione della neoplasia sono i principali obiettivi del trattamento (Hinkle & Cheever 2017).

La terapia antitumorale può essere classificata in due gruppi: la terapia locoregionale e la terapia sistemica. La terapia locoregionale comprende:

- Il trattamento chirurgico;
- Il trattamento radioterapico;
- Il trattamento mediante chemioterapia locoregionale.
- La terapia sistemica, invece, comprende:
- Il trattamento chemioterapico mediante somministrazione orale oppure parenterale (endovenosa, intramuscolare e intratecale);
- Il trattamento mediante ormonoterapia;
- La terapia a bersaglio molecolare;
- Il trattamento mediante immunoterapia.

Il trattamento chemioterapico mediante somministrazione endovenosa rappresenta attualmente l'opzione terapeutica più diffusa per il trattamento antitumorale. Il trattamento chemioterapico endovenoso viene strutturato secondo un approccio personalizzato in base alle caratteristiche del tumore, tenendo conto dello stato dei recettori, dell'espressione dell'RNA, delle mutazioni sottostanti del DNA e delle risposte immunologiche (American Cancer Society, 2018).

La chemioterapia endovenosa permette di enfatizzare il trattamento sistemico, andando a colpire le cellule tumorali in qualunque regione dell'organismo esse si trovino (Xu et al. 2021). Tale terapia richiede il posizionamento di un catetere venoso ad accesso centrale, tra cui il PICC.

Con il termine PICC (Peripherally Inserted Central Catheters, cateteri venosi centrali ad inserzione periferica) si fa riferimento ad un dispositivo per l'accesso venoso costituito materiale biocompatibile (poliuretano), il quale, mediante il posizionamento in una vena periferica dell'arto superiore (tipicamente vene brachiali o vena basilica), permette il raggiungimento di una regione definita centrale del corpo umano, ovvero la zona di transizione tra la cava superiore e l'atrio, definita zona atrio-cavale. Quest'ultima è ritenuta la sede ottimale per garantire un'infusione sicura di soluzioni con qualsiasi pH e osmolarità. Dato l'elevato flusso ematico della vena cava superiore (circa 2 L/min nel paziente adulto), si verifica la diluizione di farmaci vescicanti e flebolesivi, andando così a ridurre la potenziale lesività dell'endotelio. In aggiunta, il posizionamento del catetere a tale livello previene che il dispositivo vada a contatto con la parete venosa, permettendo allo stesso di porsi sul livello del medesimo flusso ematico. In media i PICC presentano una lunghezza pari a 40-60 cm (la misura del catetere viene scelta in relazione alle misure antropometriche della persona) e un calibro tra i 2 e i 5 Fr (Pitturi & Scoppettuolo 2023).

Il PICC è indicato in tutti i casi vi sia la necessità di:

- Infondere farmaci con pH < 5 o > 9 o vescicanti o flebolesivi;
- Somministrare la nutrizione parenterale (con la possibile eccezione di brevi trattamenti con nutrizione parenterale a base lipidica o comunque con osmolarità < 800 mOsm/L);

- Effettuare ripetuti prelievi ematici;
- Monitoraggio emodinamico (misurazione pressione venosa centrale e la misurazione della saturazione di ossigeno nel sangue venoso misto).

Frequente indicazione all'accesso venoso di tipo PICC è la previsione di una lunga durata della terapia farmacologica, soprattutto in ambito extraospedaliero (Pitturi & Scopettuolo 2023).

### L'esperienza di vita dell'assistito oncologico portatore di PICC

Come riportano i dati del "The Cancer Atlas", la popolazione affetta da una malattia tumorale sta aumentando. Tale incremento sta portando ad un utilizzo sempre maggiore dei cateteri venosi ad accesso centrale (CVAD) per la somministrazione della terapia chemioterapica e per la frequente necessità di effettuare prelievi venosi (Ivziku et al. 2022).

Gli studi pubblicati sull'uso degli accessi venosi centrali nell'ambito del trattamento antitumorale si concentrano principalmente sui fattori economici, quali i costi di gestione sanitaria, le infezioni e altre complicazioni. In generale è possibile affermare, dato il numero di studi presenti, che venga prestata poca attenzione alle esperienze di vita del paziente portatore di accesso venoso centrale e alle sue prospettive (Ryan et al. 2018).

Ivziku et al. (2022) hanno condotto una revisione sistematica della letteratura, consultando PubMed, Medline, Scopus, Cochrane e Web of Science, al fine di comprendere le esperienze e i sentimenti che i pazienti oncologici provano nel vivere con un catetere venoso centrale. La revisione presa in analisi è stata aggiornata in un primo momento il 27 novembre 2020 e, successivamente, il 25 maggio 2021. I ricercatori non hanno posto alcuna limitazione riguardo al tipo di dispositivo venoso preso in analisi, al tumore del paziente e al contesto di arruolamento dei pazienti. Ivziku et al. (2022) hanno presentato come fenomeno di interesse l'esperienza di vita del paziente oncologico portatore di CVAD partendo dall'analisi di 9 studi pubblicati tra il 2008 e il 2019 (3 in Regno Unito, i rimanenti in Spagna, Italia, Danimarca, Svezia, Australia e Brasile). La raccolta dei dati di tali studi è avvenuta mediante focus group o interviste semi-strutturate nei setting ambulatoriali o day-hospital. Dall'analisi degli studi presi in considerazione, Ivziku et al. (2022) affermano che il posizionamento del catetere venoso centrale presenta un assetto dicotomico: da un lato la riluttanza e dall'altro l'apprezzamento e l'accettazione.

I ricercatori affermano dunque il fatto che sia necessario analizzare e comprendere le preoccupazioni, le paure, i desideri, le difficoltà sia fisiche che psicologiche che l'assistito oncologico portatore di CVAD manifesta, andando ad analizzare l'impatto che ogni singolo dispositivo ha sulla vita delle persone stesse. Inoltre, secondo la revisione sopra citata, sono necessari studi riguardo gli interventi da effettuare per migliorare l'autogestione e l'autocura dei pazienti oncologici portatori di accesso centrale (Ivziku et al. 2022).

### Scopo dello studio

Lo scopo dell'elaborato è quello di descrivere l'esperienza di vita degli assistiti con diagnosi di malattia oncologica in trattamento chemioterapico che vivono con il PICC.

### METODI

#### Disegno dello studio e strategie di ricerca

Lo studio condotto è di tipo osservazionale-trasversale. Per rispondere al quesito di ricerca, sono state condotte delle interviste strutturate ad un campione di assistiti. Per individuare le migliori strategie di indagine, è stata consultata la letteratura attraverso le banche dati MEDLINE (mediante Pubmed) e Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINHAL). Lo scopo della consultazione è stato quello di individuare gli strumenti maggiormente efficaci al fine di conoscere e indagare l'esperienza dell'assistito oncologico portatore di PICC (Tabella I).

Tabella I. Schema PIO

		Parole chiave
<b>P</b>	Paziente oncologico portatore di catetere venoso ad inserzione periferica (PICC)	<i>Neoplasms [MeSH], oncology patient, catheterization peripheral [MeSH, PICC]</i>
<b>I</b>	Strumenti/scale di valutazione/interviste	<i>Interviews, surveys and questionnaires [MeSH], questionnaires</i>
<b>O</b>	Esperienza di vita	<i>Experience, life [MeSH]</i>

Le principali parole chiave sono state, *neoplasms* (MeSH), *catheterization peripheral* (MeSH), *surveys and questionnaires* (MeSH), *life* (MeSH), *PICC*, *experience*, *questionnaires*, *interviews*, *oncology patient*. Sono state poi combinate tra loro utilizzando l'operatore booleano AND.

L'età del campione, al di sopra dei 18 anni, è stato l'unico limite posto alla ricerca.

Sono stati inoltre applicati dei criteri di selezione degli articoli, quali:

- Pertinenza alla casistica (paziente oncologico portatore di PICC);
- Risposta al quesito di ricerca.

I record ottenuti dalla ricerca condotta (n = 17) sono stati sottoposti a screening mediante lettura del titolo e dell'abstract. Di questi, 7 record sono stati selezionati ed analizzati in full text. Il più rilevante ai fini della ricerca è stato lo studio condotto da Oakley, Wright, e Ream (2000) dal titolo "The experience of patients and nurses with a nurse-led peripherally inserted central venous catheter line service". I ricercatori mediante interviste semi-strutturate si sono posti come obiettivo quello di descrivere l'esperienza di vita delle persone con diagnosi di malattia oncologica portatori di PICC, soffermandosi anche ad analizzare il posizionamento del PICC. Il pool di domande utilizzate dai ricercatori è stato sottoposto a face and content validity e somministrato al campione (Tabella II).

Il campionamento è stato di convenienza e ha incluso 12 soggetti, di entrambi i sessi, con diagnosi di malattia oncologica, in trattamento chemioterapico, e portatori di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC).

Per la selezione del campione è stato chiesto al coordinatore infermieristico dell'unità operativa dell'Ambulatorio Sezione Cure Oncologiche dell'Istituto Oncologico Veneto-IOV dell'ospedale di



Tabella II. Domande intervista semi-strutturata

Domande dello studio in lingua originale (inglese)	Domande adattate dopo face and content validity
<p><b>Experience of PICC line insertion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• How long did you have to wait from the PICC line being mentioned to the actual placement of the line?</li> <li>• How did you feel before the PICC line was placed?</li> <li>• What preparation did you have for the PICC line insertion?</li> <li>• What did you notice when the PICC line was being placed? (For example, this may be feelings on your skin, sounds, sights or smells experienced during the placement of your line).</li> <li>• Was the placement of the PICC line what you expected? (If not, how did it differ).</li> <li>• Is there anything else you would like to tell about your experience today?</li> </ul>	<p><b>Esperienza relativa al posizionamento del PICC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quanto tempo ha dovuto aspettare da quando le hanno parlato del posizionamento del PICC al suo effettivo impianto?</li> <li>• Come si è sentito prima del posizionamento del PICC?</li> <li>• Quale preparazione (di tipo verbale e non) ha avuto prima del posizionamento?</li> <li>• Cosa ha notato durante l'inserimento del PICC? (per esempio, sensazioni cutanee, suoni, cosa ha visto o sentito a livello di olfatto durante il posizionamento del catetere PICC)</li> <li>• Il posizionamento del PICC è stato come se lo aspettava? (in caso contrario, in cosa è stato diverso?)</li> <li>• C'è qualcosa d'altro che desidera raccontare in merito alla sua esperienza di posizionamento?</li> </ul>
<p><b>Support and information</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What the information did you have before the PICC line was put in?</li> <li>• Do you feel you had enough information to enable you to adapt to having a PICC line?</li> <li>• What other information would have been useful to you?</li> <li>• How do you feel about being away from the hospital with your PICC line?</li> <li>• Who is available to help you with your PICC line?</li> <li>• Who has actually helped you with your PICC line?</li> <li>• How many times have you had to telephone for help with your PICC line?</li> <li>• And to whom?</li> <li>• Was all this sufficient?</li> </ul>	<p><b>Supporto ed informazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quali informazioni le sono state date prima dell'inserimento del PICC? (possibili complicanze, indicazioni sul tipo di attività da non svolgere, abbigliamento da preferire, strumenti da utilizzare)</li> <li>• Le è sembrato di avere sufficienti informazioni?</li> <li>• Quali altre informazioni ritiene sarebbero state utili?</li> <li>• Come si sente nello stare al di fuori dell'ospedale con il PICC?</li> <li>• C'è qualcuno (famigliare, amico, conoscente) che può aiutarla nella gestione del PICC?</li> <li>• Chi l'ha effettivamente aiutata con il PICC?</li> <li>• Quante volte ha dovuto telefonare per ricevere aiuto con il PICC?</li> <li>• A chi ha telefonato?</li> <li>• È stato sufficiente?</li> </ul>
<p><b>Living with the line and the pump</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the experience of living with the PICC line in place what you expected?</li> <li>• How has the PICC line affected your work life?</li> <li>• How has the PICC line affected your home and social life?</li> <li>• How has the PICC line affected your sleep?</li> </ul>	<p><b>Vivere con il PICC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'esperienza di vivere con il PICC è come se lo aspettava?</li> <li>• Come ha influito il PICC sulla sua vita lavorativa?</li> <li>• Come ha influito il PICC sul sonno?</li> <li>• Come ha influito il PICC sulla tipologia di abbigliamento da indossare?</li> <li>• Quali cambiamenti ha apportato sulla sua igiene personale, come la doccia, in seguito alla presenza del PICC?</li> <li>• Come ha influito il PICC su come lei percepisce sé stesso e su come gli altri la vedono?</li> <li>• Vorrebbe aggiungere qualcosa d'altro?</li> </ul>

Castelfranco Veneto di identificare gli assistiti ai quali sottoporre l'intervista, ovvero:

- Età superiore ai 18 anni;
- Diagnosi di malattia oncologica;
- Assenza di diagnosi di salute mentale;
- Portatori di PICC da almeno 3 mesi e non più di 12 mesi.

Da questi sono stati esclusi i pazienti che hanno rifiutato di partecipare allo studio.

### Analisi dei dati

Le interviste sono avvenute e sono state registrate dal 15 al 31 maggio 2023, previo consenso firmato da parte del soggetto dell'autorizzazione e della liberatoria all'utilizzo dei dati registrati e successivamente riascoltate e trascritte dall'intervistatore. È stata mantenuta la divisione delle domande nelle tre categorie utilizzate dai ricercatori e cioè l'esperienza relativa al posizionamento del PICC, il supporto e l'informazione e, infine, il vivere con il PICC (Oakley, Wright & Ream 2000).

Le interviste trascritte sono state analizzate mediante il metodo Van Kaam, con l'aggregazione di concetti simili e ricorrenti, rimuovendo le espressioni vaghe e ripetibili (Doody, Slevin & Targgart 2013; Oakley, Wright & Ream 2000; Streubert & Carpenter 2005).

## RISULTATI

### Descrizione del Campione

Il campione intervistato è di n. 12 soggetti, i quali hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti all'inizio dello studio ed hanno dato il consenso affermativo all'intervista.

Le principali caratteristiche del campione sono (Tabella III):

Tabella III. Dettagli demografici campione

Variabile raccolta		Campione					
		n	%	Moda	Mediana	Min	Max
Età	30-40 anni	1	8,3%	67	62,5	35	81
	41-50 anni	2	16,7%				
	51-60 anni	2	16,7%				
	>60 anni	7	58,3%				
Sesso	Femmina	8	66,7%	/	/	/	/
	Maschio	4	33,3%				
Tempo PICC in situ	< 6 mesi	9	75%	4	4,5	3	11
	> 6 mesi	3	25%				

- Sesso: n. 8 di genere femminile (66,7%) e n. 4 di genere maschile (33,3%);
- Età: i soggetti reclutati hanno per la maggior parte un'età superiore ai 60 anni (58,3%). Il range di età degli intervistati varia da un minimo di 35 a un massimo di 81 anni (mediana= 62,5);

- Tempo di permanenza PICC: nei soggetti reclutati la maggior parte convive con il dispositivo da 4 mesi (mediana= 4,5).

A tutti i soggetti intervistati è stato posizionato un solo PICC.

### Risultati ottenuti dalle interviste realizzate

I risultati vengono esposti mantenendo le 3 macroaree prese in considerazione dallo studio di Oakley et al. (2000), ovvero (Figura 1):

1. L'esperienza relativa al posizionamento del PICC;
2. L'informazione e il supporto forniti;
3. L'esperienza di vita con il PICC (Oakley, Wright & Ream 2000).

### Esperienza relativa al posizionamento della PICC line

Le domande sottoposte alle persone da parte dell'intervistatore in quest'area sono state sei.

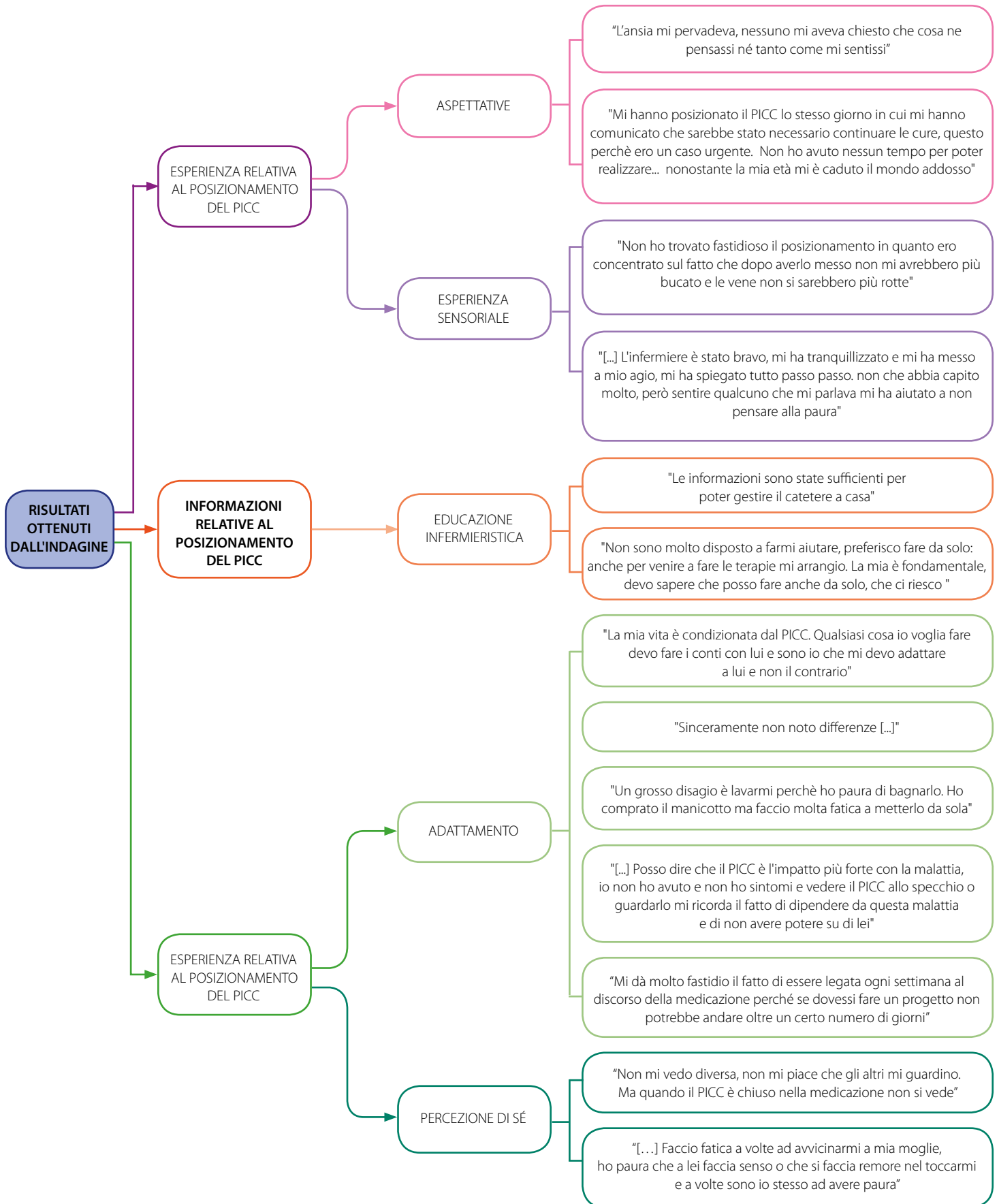
Per quanto concerne dunque la prima domanda, riguardante il tempo di attesa del posizionamento del PICC, la metà del campione riferisce di aver aspettato una settimana. L'intervistato n° 8 afferma: *"Mi hanno posizionato il PICC lo stesso giorno in cui mi hanno comunicato che sarebbe stato necessario continuare le cure, questo perché ero un caso urgente. Non ho avuto nessun tempo per poter realizzare... nonostante la mia età mi è caduto il mondo addosso"*.

Nella domanda successiva relativa a come i soggetti stessi si sentissero prima del posizionamento del dispositivo, la maggior parte degli intervistati riferisce di aver provato ansia e paura come sentimenti prevalenti. Tra questi un soggetto (intervistato n°11) afferma: *"L'ansia mi pervadeva, nessuno mi aveva chiesto che cosa ne pensassi né tanto meno come mi sentissi"*. Il resto del campione afferma di essersi sentito tranquillo, un'altra ancora agitato oppure titubante. L'intervistato n° 10 ha dichiarato: *"Ero titubante, non avevo capito ben capito cosa fosse, non mi aspettavo mi proponessero questa cosa. Inoltre, non ero entusiasta del fatto che poi sarei dovuta andare a casa con questo catetere [...]"*. Altri stati d'animo emersi sono stati di serenità, stanchezza e sfinimento e la sensazione di essere spiazzati dall'evento.

È stato poi chiesto ai soggetti che cosa avessero notato durante l'inserimento del PICC come per esempio, sensazioni cutanee, suoni, odori o se avessero visto o sentito qualcosa di particolare. La maggior parte del campione riferisce di aver impresso nella loro mente le voci del personale sanitario presente che ha effettuato l'impianto. Un numero minore di soggetti riferisce di aver provato una sensazione di fastidio *"come di un qualcosa che preme e si fa spazio per entrare"*. Nel complesso, dunque, per la maggior parte del campione intervistato il posizionamento non è stato un momento traumatico, bensì l'occasione per poter comprendere meglio che cosa fosse il PICC e per rendersi conto di che cosa effettivamente si parlasse durante le visite.

Andando a verificare successivamente se il posizionamento del PICC fosse stato come il soggetto stesso se lo immaginava, più della metà delle persone afferma di no: la maggioranza riferisce *"pensavo di provare dolore"*, mentre un'esigua parte pensava che il PICC venisse messo in un altro punto del braccio, mentre la parte rimanente di dover andare in sala operatoria. Al contrario una frazione minore del campione conferma che quanto ha immaginato è accaduto. A tal proposito l'intervistato n°9 dice: *"Sì, me lo immaginavo proprio"*

Figura1. Analisi dei risultati



così, anche perché sono andata a vedere dei video su YouTube per capire meglio". Una persona (intervistato n°1), in aggiunta, afferma: "Non ho trovato fastidioso il posizionamento in quanto ero concentrato sul fatto che dopo averlo messo non mi avrebbero più bucato e le vene non mi si sarebbero più rotte [...]".

### Informazione e supporto

Come prima domanda posta, è stato chiesto al campione quali fossero le informazioni fornite prima dell'inserimento del PICC, come ad esempio: possibili complicanze, indicazioni sul tipo di attività da non svolgere, abbigliamento da preferire e strumenti da utilizzare. Molti hanno riferito di aver ricevuto indicazioni riguardo l'esecuzione della doccia, "[...] mi hanno detto che non lo posso bagnare e in rianimazione mi hanno proposto un manicotto in silicone che non c'è da nessuna parte se non su Amazon" (intervistato n°9). Vengono inoltre riferite, da più della metà del campione, indicazioni inerenti all'attività fisica da svolgere. I soggetti affermano che il personale sanitario ha consigliato loro di evitare di sollevare pesi, di fare sforzi eccessivi e di evitare di tenere per lungo tempo il braccio alzato. Nell'intervista n°7 la persona afferma: "[...] Mi hanno detto di non fare sforzi eccessivi in quanto avrei avuto un compagno per un po' di mesi e avrei dovuto prendermene cura". Un intervistato afferma che gli infermieri e i medici gli hanno consigliato di evitare i luoghi sporchi e pieni di polvere. Per quanto concerne l'abbigliamento, un solo soggetto (intervistato n°3) ha riferito: "[...] Mi hanno detto di non indossare abiti troppo stretti [...]".

In seguito, è stato chiesto alle persone se le informazioni fornite sono state sufficienti. Più della metà del campione afferma che le indicazioni ricevute "sono state sufficienti per poter gestire il catetere a casa". Tuttavia, alcuni intervistati riferiscono di non essere stati del tutto soddisfatti in quanto avrebbero voluto essere maggiormente informati sulle possibili complicanze dell'uso del PICC. Infine, solamente una persona si pone nella posizione centrale dicendo: "A livello di informazioni non penso che queste siano mai abbastanza" (intervistato n°12).

La successiva domanda aveva come obiettivo quella di comprendere come la persona si sentisse nello stare al di fuori dell'ambiente ospedaliero con il PICC. La maggioranza ha affermato di non voler essere guardato dalle persone: a tal proposito l'intervistato n° 3 dice: "Il problema me lo sto ponendo adesso che sta arrivando la bella stagione, non voglio che la gente mi guardi [...]". In un'altra intervista emerge come essere oggetto di sguardi porti le persone a fare domande che pongono il malato in difficoltà. "[...] Non voglio che la gente mi chieda del PICC e per questo lo nascondo" (intervistato n°7). Buona parte del campione fa emergere come sentimento prevalente la paura, nella maggior parte dei casi legata al rischio infettivo o di dislocazione del catetere. L'intervistato n°2 afferma: "Mi sento fortemente a disagio, lo percepisco come un corpo estraneo e faccio ancora molta fatica ad accettarlo [...]". Solamente due persone riferiscono di sentirsi insicure; uno di loro, infatti, (intervistato n°10) dice: "[...] Mi sento insicura, è come se stessi andando via con qualcosa in più, come se stessi portando a spasso un cane che però non mi sta molto simpatico".

Relativamente ad un possibile aiuto da parte di conoscenti siano essi familiari o amici, in caso di bisogno nella gestione del PICC, metà del campione riferisce di ricevere supporto da parte di un familiare, in specifico marito, moglie e figli. Per più della metà di tali persone la richiesta di aiuto si verifica nel momento della doccia; e per la parte residuale invece durante la vestizione e svestizione. Con tale domanda emerge la difficoltà che i malati stessi hanno nel ricevere aiuto per un'attività quotidiana e normale come la doccia. Una persona (intervistato n°5) afferma: "Sì, mio figlio più piccolo, che vive con me, mi aiuta soprattutto quando devo togliermi i vestiti o lavarmi. Farmi aiutare da lui mi pesa molto, dovrei essere io la sua spalla, non il contrario". L'altra metà del campione, invece, afferma di non avere/voler ricevere aiuto da nessuno per la gestione del PICC. Uno di essi dice (intervistato n°6): "Non sono molto disposto a farmi aiutare, preferisco fare da solo; anche per venire a fare le terapie, mi arrangio. La mia autonomia è fondamentale, devo sapere che posso ancora fare da solo, che ci riesco".

Riguardo la domanda successiva, ovvero quante volte hanno dovuto telefonare per ricevere aiuto con il PICC, solamente 3 soggetti riferiscono di aver chiamato. Di questi:

- due hanno chiamato più di una volta, in quanto a causa del sudore il cerotto della medicazione si era staccato,
- uno ha chiamato solo una volta, perché mentre si stava facendo la doccia la medicazione si è bagnata.

Tutti hanno fatto riferimento all'Ambulatorio Sezione Cure Oncologiche IOV della sede di Castelfranco Veneto e sono stati assistiti dal personale sanitario presente. Ogni soggetto è stato soddisfatto del servizio, uno di essi (intervistato n°2) afferma: "[...] Sono tutti dei professionisti splendidi". L'intervistato n°2 al termine di tali domande, dice: "[...] Ma mi sono sempre chiesta se mi dovesse succedere qualcosa di sera o di notte, sono costretta ad andare in pronto soccorso? Li saprebbero aiutarmi?".

### Vivere con il PICC

Infine, è stata indagata l'esperienza di vita con il PICC, ponendo al campione come primo interrogativo da parte dell'intervistatore la seguente domanda: "L'esperienza di vivere con il PICC è come se la aspettava?". Metà del campione riferisce che l'esperienza di vita con il PICC sia stata diversa rispetto alle aspettative. Per alcune persone è stato più invadente e traumatico, per altre meno invadente e limitante. L'intervistato n°11 riporta: "Mi sto facendo mangiare dal PICC", un altro soggetto dice: "La mia vita è condizionata dal PICC. Qualsiasi cosa io voglia fare devo fare i conti con lui e sono io che mi devo adattare a lui e non il contrario [...]". (intervistato n°12). Solo un quarto degli intervistati, invece, conferma che l'esperienza di vita coincida con le aspettative. Uno di essi (intervistato n°3), riporta: "Sì, la mia vita non è cambiata poi così tanto, ma ripeto sono una di quelle persone che affronta la vita a muso duro [...]". Solamente due soggetti affermano: "Non mi aspettavo nulla, ho deciso di vivere minuto per minuto senza pensare al dopo" (intervistato n°4). Una persona confessa (intervistato n°7): "Oddio, penso sia difficile immaginarsi una vita con il PICC anche perché è stato tutto troppo veloce e non ho avuto il tempo di pensarci".

In seguito, si è indagata la sfera lavorativa, chiedendo agli inter-

vistati *"come il PICC ha influito sulla vita lavorativa"*. La maggioranza afferma che il dispositivo continua ad interferire con la loro vita lavorativa: vi rientrano all'interno di questa percentuale persone che svolgono lavori pressoché manuali, che richiedono nella maggior parte dei casi un impegno fisico notevole. L'intervistato n°1 riporta: *"Il PICC non mi permette di andare sotto il sole o di fare lavori dove devo sudare particolarmente tanto. [...]".* Un'altra persona (intervistato n°7) dice: *"Il PICC ha influito sulla mia vita lavorativa, quando sono in cantiere non posso sollevare pesi. A volte è il PICC a ricordarmi di essere malato perché mi impedisce di fare quello che prima era abitudine. [...]".* Per la parte residuale del campione il PICC non ha interferito nella loro attività lavorativa in parte perché svolgono lavori sedentari, in altri casi invece è la terapia chemioterapica stessa che richiede loro di sospendere l'attività lavorativa. L'intervistato n°6 confessa: *"[...] Comunque la terapia mi stanca molto non solo a livello fisico ma anche mentale; dunque, faccio fatica a concentrarmi per tutta la giornata"*. In un'intervista precedente il soggetto (intervistato n°3) riferisce: *"Sinceramente non noto differenze. Ormai sono in pensione da molti anni e dunque il mio lavoro è diventato prendersi cura della casa e delle amicizie. [...]".*

La terza domanda posta al campione ha riguardato l'influenza del PICC sul sonno. Anche in questo caso è possibile suddividere i soggetti intervistati in 3 gruppi:

- Il primo concorda nel dire che il PICC non abbia influito la qualità del sonno. L'intervistato n°3 dice: *"Non mi dà nessun fastidio quando dormo"*;
- Il secondo, composto dalla metà del campione, afferma invece che il PICC abbia influenzato la loro qualità del sonno. Le motivazioni riguardano principalmente, la paura di dormire sul fianco dove è stato posizionato il dispositivo piuttosto che la medicazione. L'intervistato n°5 riporta: *"Quando dormo ho l'ansia di schiacciarlo e di rovinarlo quindi dormo sul lato opposto anche se non sono molto comoda [...]".* Un'altra persona dice: *"[...] Quando il PICC è medicato e chiuso per bene è un po' tanto ingombrante; dunque, quando mi giro di notte lo sento e non riesco proprio a dormire sul fianco dove è posizionato"*;
- Nella terza ed ultima suddivisione, vi è un solo soggetto, che afferma: *"Di notte a volte mi dà fastidio e altre volte no, dipende da come mi viene medicato il PICC"* (intervistato n°8).

La successiva sfera della vita che è stata indagata ha riguardato l'abbigliamento. La metà del campione ha affermato di aver smesso di indossare abiti stretti. Le motivazioni che sottostanno a tale scelta riguardano, in parte l'aderenza alle indicazioni date dal personale sanitario, in parte per il desiderio del paziente di non rendere visibile il dispositivo agli occhi degli altri ed infine il fatto che vestiti più larghi rendono meno difficoltoso il momento della vestizione/svestizione. L'intervistato n°10 riporta: *"Prima indossavo cose un po' più aderenti, nonostante io non sia magra, ma da quando ho il PICC indosso sempre cose larghe così lo nascondo e perché evito l'effetto laccio. Poi i vestiti larghi fanno in modo che ci sia meno rischio di tirarlo quando mi svesto"*. Alcuni degli intervistati dice di aver cominciato ad indossare magliette a tre quarti al posto delle magliette a maniche corte. La paura di essere guardati è ciò che spinge queste persone ad aver compiuto tale decisione. Nell'in-

tervista n°8 il soggetto riporta: *"[...] per colpa del PICC non posso più indossare delle magliette a maniche corte, indosso solo cose a tre quarti"*. Quasi la metà dei soggetti intervistati riferisce di aver dovuto cominciare a prestare particolare attenzione nell'indossare e nel togliere i vestiti, in quanto *"le maglie si incastrano sul bordo perché il PICC è voluminoso"* (intervistato n°2).

Un ulteriore quesito posto al campione è stato quello relativo ai cambiamenti apportati sull'igiene personale (come la doccia) in seguito alla presenza del PICC. La maggior parte ha riferito di utilizzare il manicotto nel momento della doccia. Una parte di loro si sente tranquilla nell'utilizzo di tale strumento, l'altra parte invece ha esposto la costante paura di bagnare il PICC. Un'altra problematica che emerge per alcune di queste persone riguarda la difficoltà nel posizionamento di tale strumento. A tal proposito l'intervistato n°3 dice: *"Un grosso disagio è lavarmi perché ho paura di bagnarlo. Ho comprato il manicotto ma faccio fatica a mettermelo da sola"*. Altri invece affermano che è un'ottima invenzione soprattutto grazie alla praticità nel posizionarlo. Durante la dodicesima intervista, la persona riferisce: *"[...] Utilizzo per lavarmi la pellicola trasparente, ma mettermela da sola è difficile. [...]".* Due soggetti oltre ad utilizzare rispettivamente il manicotto e la pellicola trasparente, riferiscono di non sentirsi sicuri di bagnare completamente il braccio ponendolo sotto il getto dell'acqua, ma preferiscono lavarlo con una spugna. L'intervistato n°1 ha affermato: *"[...] Comunque ho paura di lavarmi tutto il braccio, di metterlo sotto l'acqua. Preferisco lavarmelo con una spugna [...]".* Un assistito riporta: *"Fino a quando non lo rimuovo non mi fido a lavarmi, infatti continuo a lavarmi a pezzi. Lo so che può sembrare una cosa strana, ma non mi sento sicura ad entrare in doccia"*. Tutti i soggetti intervistati concordano sul fatto di percepire il momento del bagno come un *"tasto dolente"* e *"un grosso problema"*.

Il penultimo quesito posto dall'intervistatore è stato: *"Come ha influito il PICC su come lei percepisce sé stesso e su come gli altri La vedono?"*. Quasi la metà del campione afferma di non sentirsi diverso rispetto a prima del PICC e di non preoccuparsi del parere altrui. L'intervistato n°3 afferma: *"Non mi sento diversa e di quello che pensano gli altri non me ne importa nulla [...]".* Sullo stesso filone di pensiero vi è l'intervistato n°8 che riporta: *"Non mi vedo diversa, non mi piace che gli altri mi guardino ma quando il PICC è chiuso nella medicazione non si vede [...]".* Un quarto degli intervistati, invece, ha fatto emergere come la presenza del PICC li faccia sentire diversi: il *"vedersi malati"* è una sensazione riportata da buona parte delle persone, tra cui l'intervistata n°11 che confessa: *"[...] Posso dire che il PICC è l'impatto più forte con la malattia, io non ho avuto e non ho sintomi e vedere il PICC allo specchio o guardarlo mi ricorda il fatto di dipendere da questa malattia e di non avere potere su di lei [...]".* Sempre riguardo tale tematica, 2 persone riferiscono di non riuscire a guardarsi allo specchio. L'intervistato n°6 afferma di sentirsi a disagio: *"[...] anche con la retina non mi fido ad uscire perché mi sento osservato e la cosa mi crea disagio [...]".* Due persone riportano la percezione dei famigliari facendo emergere la paura che quest'ultimi hanno nell'abbracciarli. Un intervistato, infatti, afferma: *"[...] Mia moglie dopo averlo posizionato aveva paura ad abbracciarmi perché aveva il timore di farmi male e di rovi-*

nare il catetere" (intervista n°1).

Infine, è stato chiesto al campione se avessero piacere di aggiungere qualcosa d'altro rispetto a quanto chiesto e detto in precedenza. La metà degli intervistati ha riferito essere impegnativo recarsi settimanalmente presso il Day Hospital Oncologico IOV di Castelfranco Veneto, per eseguire la medicazione e il lavaggio del PICC. Questo perché molte volte sono costretti ad interrompere le attività e in aggiunta molti sono obbligati a chiedere un passaggio da parte di un familiare o conoscente per recarsi in ospedale. L'intervistato n°8 afferma: *"Mi dà molto fastidio il fatto di essere legata ogni settimana al discorso della medicazione perché se dovessi fare un progetto non potrebbe andare oltre ad un certo numero di giorni"*. L'intervistato n°5 afferma: *"Non vedo l'ora di venire in reparto a farmi fare la medicazione perché ho il terrore che il PICC abbia qualcosa che non va [...]"*.

La medesima percentuale di intervistati aggiunge di aver bisogno di parlare del rapporto che essi stessi hanno con il PICC, confessando però che è difficile farlo con i familiari o con gli amici stretti. Esprimono infatti la necessità di parlare di tale tematica al fine di giungere ad una accettazione maggiore del device. Significative in questo senso le parole dell'intervistato n°7, che afferma: *"[...] Parlarne richiede fatica, però mi aiuta a prenderne consapevolezza [...]"*.

Parte dei soggetti riferisce di aver paura del contatto fisico (abbraccio) con altre persone e che in seguito al posizionamento del PICC il rapporto con i relativi partner sia cambiato. Uno degli intervistati, a tal proposito, dice: *"[...] Faccio fatica a volte ad avvicinarmi a mia moglie, ho paura che a lei faccia senso o che si faccia remore nel toccarmi e a volte sono io stesso ad avere paura"*. Nella maggior parte dei casi tale paura è causata dal timore che i soggetti stessi hanno riguardo una possibile complicanza del PICC, prima fra tutte l'infezione. Viene ribadita la difficoltà nel fare la doccia, affermando che: *"Non potermi lavare del tutto lo vedo molto come una limitazione [...]"*. Solamente una persona riporta come dato negativo il fatto che tutti i prodotti da utilizzare per la protezione del PICC, come il manicotto per la doccia e le fasce elastiche da indossare al posto della retina, siano acquistabili solamente su Amazon. In conclusione, però la maggior parte dei soggetti riferisce che nel complesso il PICC sia una cosa molto utile, pratica e che non essere più ripetutamente punti per i prelievi e per reperire accessi venosi sia maggiore di qualsiasi lato negativo del PICC. La maggior parte degli intervistati che rientrano all'interno di quest'ultima percentuale definisce il PICC *"una bella invenzione"*.

## DISCUSSIONE

Lo scopo del presente elaborato è stato quello di descrivere ed analizzare l'esperienza di vita degli assistiti con diagnosi di malattia oncologica in trattamento chemioterapico che vivono con il PICC. I risultati ottenuti sono stati poi confrontati con la letteratura disponibile e con lo studio da cui è stato ricavato lo strumento di indagine utilizzato (Oakley, Wright & Ream 2000).

In questo elaborato è stato discusso di come, per il trattamento chemioterapico della patologia tumorale, il PICC sia uno strumento valido e consolidato (Sundriyal et al. 2014). In particolare, confrontando i risultati ottenuti con il quesito di ricerca formulato emergono alcuni punti rilevanti di discussione.

In primo luogo, ponendo l'attenzione sul timing di posizionamento del PICC dall'analisi delle interviste svolte è emerso come questo non sia il medesimo per l'intero campione. Dall'indagine di letteratura condotta, è possibile evincere che non sia presente alcuna

evidenza scientifica riguardo il momento più adeguato rispetto all'impianto del PICC. Tuttavia, nello studio qualitativo condotto, Paràs-Bravo et al. (2017) affermano che l'impianto del PICC è secondario alla diagnosi di tumore e alla tipologia del trattamento medico prescritto. Gli autori riportano inoltre che in alcune situazioni, a causa della necessità di avere un inizio immediato del trattamento chemioterapico, alla persona viene posizionato il PICC senza avere il tempo necessario per poter comprendere ed elaborare quanto gli è stato detto (Paràs-Bravo et al. 2017).

Inoltre, la letteratura reperita puntualizza che la decisione affrettata di effettuare l'impianto del PICC, associata all'assenza di conoscenze adeguate riguardo la tipologia di device e di impianto fanno scaturire nella persona paura ed apprensione, rendendo il posizionamento un momento caratterizzato da dolore e angoscia (Schiffer et al. 2013; Ivziku et al. 2022). Le ultime linee guida dell'AIOM rispetto alla "Gestione infermieristica degli accessi vascolari centrali a medio e lungo termine nel paziente oncologico", dichiarano l'importanza di porre attenzione all'interno del percorso clinico assistenziale alla scelta dell'accesso venoso e che il gruppo di sanitari, costituito da infermieri e medici, debba mantenere un atteggiamento proattivo coinvolgendo la persona nella scelta del dispositivo al fine di renderla parte attiva del processo decisionale (AIOM, 2019).

Dalle interviste condotte l'impianto del PICC viene spesso percepito dai soggetti come una scelta imposta in parte dalla malattia in sé e in parte dai professionisti. Tale momento viene identificato



dalle persone stesse come l'istante in cui sono obbligati a riconoscersi "malati" (Ivziku et al. 2022). L'impianto del dispositivo, dunque, riveste un ruolo fondamentale nel processo di realizzazione ed accettazione della condizione di "non salute" che la persona si trova a vivere (Nicholson & Davies 2013). In uno studio condotto nel 2013 in Inghilterra, i ricercatori hanno sottolineato che ad avere un peso notevole nella procedura di impianto del PICC è la relazione che si viene ad instaurare tra infermieri e paziente (Nicholson & Davies 2013). Le capacità di spiegazione, comprensione ed empatia che l'infermiere mette in atto permettono la nascita di un rapporto di fiducia, con conseguente riduzione dell'ansia e della diffidenza che nella maggior parte casi i soggetti riferiscono di provare (Nicholson & Davies 2013; Edstrom et al. 2016; Alpenberg et al. 2015). Inoltre, si afferma che durante l'impianto la relazione tra infermiere e persona è maggiormente agevolata nel momento in cui il sanitario mette in atto delle tecniche di rilassamento non farmacologiche quali ad esempio il massaggio e la musica (Nicholson & Davies 2013). A conferma di ciò, la maggior parte del campione intervistato riferisce di avere ancora impresso le voci del personale sanitario che ha effettuato l'impianto. Durante il colloquio, infatti, l'intervistato n°5 afferma: "[...] L'infermiere è stato bravo, mi ha tranquillizzato e mi ha messo a mio agio, mi ha spiegato tutto passo passo. Non che abbia capito molto, però sentire qualcuno che mi parlava mi ha aiutato a non pensare alla paura."

Comprendere il significato che ogni persona dà al concetto di salute è il requisito fondamentale per erogare servizi sanitari efficaci che sappiano rispondere ai bisogni di ogni singolo individuo (Sharp et al. 2014). Le informazioni che il personale sanitario fornisce sono influenzate da molteplici fattori riguardanti la persona, quali ad esempio: l'età, il livello di istruzione, il contesto socio-familiare e il grado di ansia e agitazione (Wang et al. 2021). Alla domanda: "Quali informazioni le sono state date prima dell'inserimento del PICC? (possibili complicanze, indicazioni sul tipo di attività da non svolgere, abbigliamento da preferire, strumenti da utilizzare)", i soggetti intervistati non hanno riferito le medesime informazioni, come ad esempio la doccia, l'abbigliamento e l'attività fisica, deducendo così una non piena comprensione dell'educazione ricevuta. È necessario, dunque, che l'infermiere ricerchi strategie efficaci per permettere un'informazione adeguata da fornire alla persona riguardo la vita con il PICC. A tal proposito è significativa la revisione sistematica e meta-sintesi condotta da Ivziku et al., nel 2022. Nell'articolo gli autori hanno individuato i principali problemi di informazione riguardo l'impianto e la successiva gestione del catetere a domicilio, affermando che il modo in cui i pazienti percepiscono le informazioni dipende:

- Dal modo in cui queste vengono fornite;
- Dal linguaggio utilizzato dagli operatori;
- Dal tempo dedicato a tale momento;
- Dal tipo di informazioni (Ivziku et al. 2022).

Gli autori al termine della revisione, concludono affermando che sulla base delle direttive fornite dall'Institute of Medicine, è necessario che gli operatori sanitari adattino il tipo e la tempistica delle informazioni alle esigenze specifiche del soggetto, considerando il grado di comprensione (Ivziku et al. 2022). Proprio in relazione

a quest'ultimo aspetto, uno studio condotto in Cina nel 2018, ha evidenziato come l'utilizzo combinato di spiegazioni verbali mediante disegni e brochure con la proiezione di video, abbia permesso di raggiungere un alto livello di soddisfazione riguardo le informazioni fornite (Li et al. 2020). I risultati dello studio mostrano come la video-educazione abbia ridotto il tempo di lavoro degli infermieri e come abbia migliorato il grado di soddisfazione dei soggetti sottoposti all'impianto. La video-educazione, infatti, ha il vantaggio di fornire informazioni complete, standardizzate e di facile assimilazione grazie l'utilizzo di immagini, voci e suoni in grado di attirare l'attenzione della persona. Questo metodo è stato definito dagli autori come uno strumento a supporto dell'informazione verbale e non a sostituzione della stessa, in quanto alla base vi è la relazione di fiducia tra infermiere-assistito (Li et al. 2020). Un altro fattore citato precedentemente che condiziona la comprensione delle informazioni che gli infermieri e i medici forniscono è il tempo, sia esso inteso in termini quantitativi, che qualitativi, ovvero di scelta del momento più opportuno. La letteratura presente è concorde nell'affermare che le informazioni debbano essere fornite prima dell'inserimento del PICC (Ivziku et al. 2022; Sharp et al. 2014; Moller & Adamsen 2010). Non è indicato, però, quanto tempo prima deve avvenire il momento informativo rispetto all'impianto, se questo deve essere svolto da parte di un team di infermieri esperti e qualificati sugli accessi vascolari, se il setting più appropriato sia il domicilio dell'assistito o un ambulatorio e se sia necessario un programma con più incontri per poter verificare il grado di comprensione della persona stessa e della famiglia.

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "[...] l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita." Questo richiede, "[...] un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai pazienti, grazie al quale la dipendenza lascia progressivamente il posto alla responsabilizzazione ed alla collaborazione attiva." (Marcolongo & Rigoli 1999). Dalle interviste condotte, la metà del campione ha riportato la difficoltà di recarsi settimanalmente al Day Hospital oncologico per eseguire la medicazione e il lavaggio del PICC. Dunque, in relazione con quanto affermato in precedenza risulta necessario prendere in considerazione le alternative possibili per ridurre tale disagio. La letteratura concorda nell'affermare che l'assistenza domiciliare per i pazienti oncologici sia una scelta valida, in quanto permette di:

- Erogare un'assistenza personalizzata;
- Ridurre il rischio di infezioni nosocomiali;
- Migliorare l'aderenza al trattamento;
- Ridurre lo sforzo fisico e la perdita di tempo per recarsi in ospedale;
- Implementare il sostegno e il supporto della famiglia e della rete sociale (Della Fiore et al. 2022).

A titolo esemplificativo, a Roma nel 2014, il Vascular Access Team (VAT), composto da infermieri e medici specializzati, ha dato avvio ad un progetto intitolato "Home PICC Home", che aveva come obiettivo, dopo apposita formazione del caregiver da parte del

personale sanitario, l'esecuzione della medicazione e del lavaggio del PICC a domicilio ad opera del caregiver stesso. Al termine dello studio, i professionisti hanno potuto affermare che non si sono verificate complicanze ritenute gravi nell'assistito gestito a domicilio rispetto all'assistito trattato in ambulatorio (Basili, Carnaghi & Elisei 2021). Sempre a Roma nel 2019 l'Istituto Nazionale Regina Elena ha condotto uno studio su 170 assistiti oncologici portatori di PICC al fine di valutare la sicurezza e l'efficacia dell'esecuzione da parte di un caregiver, volontario o soggetto scelto dall'assistito e adeguatamente formato mediante corsi di formazione e schede tecniche dai professionisti sanitari, alla medicazione del dispositivo a domicilio. Lo studio ha confrontato due gruppi di assistiti: uno di controllo che ha eseguito la medicazione in ambulatorio, ed uno di intervento in cui il caregiver ha eseguito la medicazione. Al termine, il progetto ha dimostrato che tra i due gruppi non si sono verificate differenze significative circa l'insorgenza di complicanze e che in aggiunta, si sia verificato un incremento della qualità di vita dell'assistito oncologico (Oncologia: l'Istituto Regina Elena affida ai caregiver la gestione del PICC, 2019).

Una modalità attraverso cui è possibile giungere all'educazione del caregiver e dell'assistito stesso alla cura del PICC è stata verificata in uno studio condotto da Petroulias (2017): lo scopo dello studio è stato quello di esaminare l'efficacia dell'uso dei dispositivi elettronici (tablet, computer e smartphone) per fornire al caregiver e al paziente un'educazione ottimale al lavaggio del PICC. L'intervento educativo per tale progetto consisteva in un momento formativo tra infermiere, caregiver ed assistito a casa del paziente, seguito da coaching online tramite l'utilizzo dei vari strumenti elettronici. Al termine dello studio, nei PICC delle 10 persone che avevano accettato di aderire al progetto non si è verificata nessuna occlusione del device (Petroulias, 2017).

Questi risultati permettono alla persona assistita di evitare di recarsi presso i centri ospedalieri per la medicazione o il lavaggio del PICC, consentendogli dunque di non interrompere le proprie attività, di risparmiare tempo e di non cercare famigliari e amici per farsi accompagnare. Vi è inoltre da prendere in considerazione che l'aumento di persone che necessitano di cure assistenziali a domicilio non è spesso supportato da un altrettanto aumento di professionisti sanitari disponibili e, per tale ragione, risulta utile pensare ad un progetto educativo riguardante gli assistiti ed in particolar modo i caregiver per aumentare la partnership con i sistemi sanitari e al contempo mantenere la qualità di vita (QOL) di entrambi.

L'assistito oncologico portatore di PICC può andare inoltre incontro a problemi psicosociali, tra cui la stigmatizzazione, l'alterazione della percezione corporea, l'evitare il contatto fisico e l'attività sessuale (Paràs-Bravo et al. 2018; Moller & Adamsen 2010). Sia dalle interviste condotte da Ivziku et al., (2022), da Moller e Adamsen (2010), che dal presente studio, emerge che una parte dei soggetti intervistati descrivono il PICC come *"un segno visibile della malattia"*, *"un promemoria della condizione di non salute"* e *"un'anomalia corporea"*. La presenza del PICC può portare ad una mancata accettazione del proprio corpo da parte della persona con l'incapacità della stessa di guardarsi perfino allo specchio; anche la sfera

sessuale viene alterata dalla presenza del PICC, al punto tale da rendere difficile anche il contatto con il partner. Gli studi presi in considerazione evidenziano l'importanza di trattare tale tematica in quanto parte fondamentale della qualità di vita di ognuno.

Significativo in tale senso è lo studio condotto da Xu et al. (2021) che ha verificato l'efficacia del nursing narrativo per l'assistenza al paziente oncologico portatore di PICC in trattamento chemioterapico. Rita Charon e Rachel Naomi Remen negli anni '90 introdussero il concetto di medicina narrativa con la finalità di sensibilizzare il personale sanitario a adottare un'assistenza non meramente incentrata sulla storia della persona dal punto di vista clinico-assistenziale, ma anche umano. Si tratta dunque di un modello basato sull'empatia che permette al professionista sanitario di approfondire il vissuto di salute e di malattia della persona, comprendendone le più piccole sfumature. Considerare l'uomo in maniera olistica permette il transito da un'idea di assistenza infermieristica basata sul concetto di malattia a quella di *"esperienza vissuta di malattia"*. Sulla scia di questo impulso si sviluppa il nursing narrativo che utilizza come strumenti principali: il counseling, la story telling, il tempo di cura e la parallel chart – *"cartella parallela"* (Chiarelli, Traini & Marcelli 2019).

Xu et al., (2021) hanno evidenziato al termine dello studio, che il nursing narrativo, mediante gli strumenti del counseling e dello storytelling, ha avuto esiti positivi sugli assistiti, migliorando il loro stato psicologico e le relazioni sociali. In conclusione, dunque hanno potuto affermare che tale strumento infermieristico può migliorare la qualità di vita dell'assistito oncologico portatore di PICC in trattamento chemioterapico (Xu et al. 2021).

Questa riflessione trova supporto nel diciassettesimo articolo del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2019) che afferma: *"Nel percorso di cura l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili."* I professionisti sanitari non devono sminuire e dimenticare gli aspetti estetici e le ripercussioni che l'impianto di un device come il PICC possono avere sulla persona, in quanto essi sono parte fondamentale del meccanismo di percezione che ognuno ha di sé nel mondo, nonché parte fondamentale dello stato di benessere.

Come riportato nei paragrafi precedenti, il questionario utilizzato per la stesura del presente elaborato è stato tratto dallo studio condotto da Oakley, Wright e Ream nel 2000. Dopo aver analizzato e discusso i risultati ottenuti è interessante identificare le principali differenze ed uguaglianze tra i due studi, tenendo in considerazione che le interviste sono state condotte in due stati differenti con sistemi sanitari diversi in cui la formazione e le attività degli infermieri non sono le medesime. Quattro dei cinque temi che Oakley et al. (2000) evidenziano sono i medesimi rispetto al presente elaborato e riguardano: le aspettative, l'esperienza sensoriale, l'educazione e l'adattamento. Lo studio anglosassone pone come quinto tema la fiducia, mentre dall'indagine condotta il tema identificato è la percezione di sé.



Prendendo in esame il primo tema, ovvero le aspettative, dalle interviste condotte da Oakley et al. (2000) più della metà del campione non sapeva cosa aspettarsi, alcuni di essi riferiscono inoltre che le loro aspettative sono state influenzate dai racconti di altre persone, per una piccola parte del totale le aspettative sono state diverse dai fatti reali, in quanto si aspettavano una procedura dolorosa. Tali dati sono differenti rispetto quanto emerge dagli assistiti del day hospital oncologico IOV, in cui la maggior parte del campione si immaginava una procedura dolorosa e in cui solamente una persona ha riferito di essersi fatta influenzare dall'esperienza di un altro. Rispetto alla componente sensoriale, 3 assistiti inglesi hanno menzionato di aver provato un accenno di movimento e una leggera pressione, mentre 4 hanno riferito di aver sentito la puntura dell'anestetico, 8 persone inoltre dichiarano di aver trovato la procedura poco fastidiosa ed indolore. Anche per questo tema i malati dello studio italiano presentano delle diversità rispetto gli intervistati da Oakley et al., in quanto la maggior parte riferisce di ricordare le voci dei sanitari.

Il terzo tema riguarda l'educazione che gli assistiti hanno ricevuto da parte degli infermieri e il loro grado di soddisfazione. L'intero campione italiano riferisce di aver ricevuto indicazioni sia dall'equipe medica che da quella infermieristica. La prima si è incentrata nella spiegazione del PICC in termini di singolo dispositivo e di utilità per la prosecuzione della cura, mentre la seconda si è concentrata maggiormente sulla vita con il dispositivo. Dallo studio condotto da Oakley et al., invece gli assistiti sono stati educati solamente dal personale infermieristico sia prima che dopo il posizionamento. Per entrambi gli studi è possibile affermare che la maggior parte della popolazione intervistata riferisce di aver avuto una riduzione dell'ansia e della paura grazie alle informazioni ricevute e che queste si sono rivelate sufficienti per poter condurre una vita normale. Sia l'indagine italiana che quella anglosassone hanno evidenziato che, sebbene i rispettivi assistiti avessero avuto le medesime informazioni scritte e verbali, questi hanno fatto riferimento ad aspetti differenti. Ciò fa porre l'attenzione sulla singolarità delle esigenze educative e degli stili di apprendimento; infatti, Oakley et al., affermano: "[...] le informazioni dovrebbero essere fornite al ritmo dei pazienti". L'ultima tematica comune riguarda l'adattamento: in linea generale è possibile affermare che tutti i malati oncologici portatori di PICC si siano adattati in maniera ottimale alla convivenza con il device. Gli assistiti inglesi si sono adattati bene alla vita con il PICC grazie al supporto costante delle famiglie, del team oncologico ospedaliero e dell'infermiere di comunità. Gli assistiti italiani invece evidenziano alcune difficoltà nell'adattare la propria vita al PICC, come l'impossibilità di:

- Eseguire la doccia in modo completo e senza la paura che il dispositivo si bagni;
- Indossare abiti attillati e smanicati;
- Eseguire la propria attività lavorativa perché intensa dal punto di vista fisico;
- Fare programmi a lungo termine, come organizzare viaggi, in quanto condizionati dalla medicazione e dal lavaggio settimanale presso l'ambulatorio.

L'identificazione del PICC come un segno evidente della malattia

viene riportato solo da alcune delle persone intervistate nel presente studio, che in relazione a ciò riferiscono di sentirsi diversi e a disagio con sé stessi e con gli altri. L'alterazione dell'immagine corporea associata alla presenza del PICC non risulta essere un problema per il campione britannico.

In conclusione, dunque è possibile affermare che da entrambi gli studi emerge come l'esperienza di vita dell'assistito oncologico portatore di PICC sia nel complesso positiva, ma di come al contempo sia necessario istituire un progetto educativo incentrato sul singolo mediante l'utilizzo di tecniche classiche e innovative, come la video-educazione. È importante inoltre promuovere ed incentivare l'assistenza domiciliare al fine di garantire il continuum della presa in carico della persona. Le difficoltà nell'accettare la propria immagine corporea, il bisogno di nascondere il PICC, il timore di guardarsi allo specchio e di farsi guardare e la paura del contatto fisico manifestate solamente dagli assistiti italiani, fa comprendere come la componente estetica sia fortemente cambiata dopo 23 anni, arrivando a condizionare il benessere mentale, le relazioni e la salute fisica.

### Limiti dello studio

I principali limiti dello studio riguardano il campione intervistato, lo strumento di indagine e le caratteristiche degli oggetti da indagare. Lo studio condotto permette di comprendere l'esperienza di un numero limitato (n°12) di assistiti oncologici in trattamento chemioterapico portatori di PICC; pertanto, non risulta essere generalizzabile ad una popolazione più ampia. Sarebbe auspicabile la replicazione del medesimo studio con un campione di maggiori dimensioni, coinvolgendo Unità Operative di diverse Aziende sanitarie, per permettere un'analisi più consistente degli elementi che compongono il fenomeno di interesse.

Un ulteriore limite dello studio è rappresentato dalla mancata validazione dello strumento utilizzato in lingua italiana.

Sarebbe stato utile indagare, inoltre, in maniera più approfondita e analitica i bisogni educativi degli assistiti e dei caregiver, per identificare in modo ottimale il grado di alfabetizzazione sanitaria, considerando maggiormente le variabili influenzanti come ad esempio il grado di istruzione. Ricerche future, infatti, potrebbero indagare l'esperienza di vita dei caregiver degli assistiti oncologici in trattamento chemioterapico portatori di PICC, ricercando ad esempio le loro aspettative e quali siano per loro le attività della vita quotidiana sulle quali temono di avere maggiori limitazioni.

Poiché lo studio si è svolto in un arco temporale limitato (dal 15 al 31 maggio), ulteriori indagini dovrebbero svilupparsi in un periodo di tempo più ampio, prendendo in analisi i mesi estivi, invernali ed autunnali. Le variazioni stagionali possono avere un notevole impatto sull'immagine corporea percepita dagli assistiti e sulle attività da svolgere, come ad esempio la difficoltà di prenotare le vacanze per la necessità di eseguire la medicazione e il lavaggio settimanale (Oakley, Wright & Ream 2000).

Studi a venire potrebbero valutare l'efficacia di un percorso educativo gestito da infermieri specializzati sugli accessi vascolari, mediante l'utilizzo del coaching online, per permettere la gestione del PICC a domicilio da parte dell'assistito e del caregiver.

## CONCLUSIONI

Dallo studio emerge che gli aspetti critici della vita con un PICC sono principalmente l'impatto sulla vita quotidiana e sull'immagine corporea: in particolar modo, quest'ultima sembra influenzata anche da una componente sociale e culturale che potrebbe essere ulteriormente indagata in futuri studi. Il PICC è stato percepito dagli assistiti allo stesso tempo un simbolo della malattia e un alleato che può essere utilizzato nello sforzo di sconfiggere un nemico più grande, come il cancro. Lo studio condotto ha permesso di evidenziare il punto di vista degli assistiti in terapia oncologica che convivono con questo device. Nonostante i limiti presentati dallo studio, i risultati ottenuti possono contribuire allo sviluppo del concetto di personalizzazione dell'assistenza nel percorso di cura della persona affetta da malattia oncologica.

## BIBLIOGRAFIA

- Alpenberg, S., Joelsson, G., & Rosengren, K. (2015) Feeling Confident in Using PICC Lines: Patients' Experiences of Living With a PICC Line During Chemotherapy Treatment. *Home Health Care Management & Practice*, 27(3), 119–125.
- AIOM (2019) Working Group Nursing, Gestione infermieristica degli accessi vascolari centrali a medio e lungo termine nel paziente oncologico (05/06/2019, N.revisione 01). Disponibile online: [https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/10/2019\\_AiomWGN\\_LineeIndirizzoGestioneAvc.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/10/2019_AiomWGN_LineeIndirizzoGestioneAvc.pdf) [Data di accesso: 10/08/2023].
- American Cancer Society (2018) *The Cancer Atlas (Third Edition)*, Atlanta: American Cancer Society. Disponibile online: [https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS\\_CA3\\_Book.pdf](https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf) [Data di accesso 10/08/2023].
- Basili, P., Carnaghi, C. & Elisei, D. (2021). L'importanza dell'accesso vascolare nel percorso di cura del paziente oncologico. In: 13° Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 13 maggio 2021, Roma. Disponibile online da: <https://osservatorio.favo.it/tredicesimo-rapporto/> [Data di accesso: 10/08/2023].
- Chiarelli F., Traini T., & Marcelli S. (2019) Narrative Based Nursing: Elementi essenziali per un percorso di cura basato sulla relazione. Tesi di laurea. Università politecnica delle Marche. Disponibile online: <https://tesi.univpm.it/retrieve/b7fa228f-276b-4b23-818f-8a5966bdcc22/tesi%20DEFINITIVA%20PDF%20.pdf> [Data di accesso 19/08/2023].
- Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022) The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4382.
- Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013) Focus group interviews part 3: analysis. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(5), 266–269.
- FNOPI (2019) Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Italia: FNOPI.
- Hinkle, J. H., & Cheever, K. H. (2017) *Infermieristica medico-chirurgica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Il Sole 24 Ore (2019) Oncologia: l'Istituto Regina Elena affida ai caregiver la gestione del PICC. *Sanità24*, 12 novembre [Online]. Disponibile a: <https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2019-11-12/oncologia-istituto-regina-elena-affida-caregiver-gestione-picc-160507.php?uuid=ACKHxRy> [Data di accesso 19/08/2023].
- Ivziku, D., Gualandi, R., Pesce, F., De Benedictis, A., & Tartaglini, D. (2022) Adult oncology patients' experiences of living with a central venous catheter: a systematic review and meta-synthesis. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3773–3791.
- Li, J., Huang, X. F., Luo, J. L., Zhang, J. Y., Liang, X. L., Huang, C. L., & Qin, H. Y. (2020) Effect of video-assisted education on informed consent and patient education for peripherally inserted central catheters: a randomized controlled trial. *The Journal of international medical research*, 48(9), 300060520947915.
- Marcolongo, R., Rigoli A. (1999) *Educazione Terapeutica per i Pazienti*. Icaro, 28. Disponibile online: [https://www.lupus-italy.org/documenti/icaro/pag\\_icaro.html](https://www.lupus-italy.org/documenti/icaro/pag_icaro.html) [Data di accesso 10/08/2023].
- Ministero della Salute (2022). I numeri del Cancro in Italia (22/12/2022). Disponibile online: <https://www.iss.it/-/tumori-nel-2022-in-italia-stimati-390.700-nuovi-casi-circa-14-mila-in-piu-in-2-anni> [Data di accesso 10/08/2023].
- Møller, T. & Adamsen, L. (2010) Hematologic Patients' Clinical and Psychosocial Experiences With Implanted Long-term Central Venous Catheter. *Cancer Nursing*, 33 (6), 426-435.
- Nicholson, J., & Davies, L. (2013) Patients' experiences of the PICC insertion procedure. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(14), S16–S23.
- Oakley, C., Wright, E., & Ream, E. (2000) The experiences of patients and nurses with a nurse-led peripherally inserted central venous catheter line service. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 4(4), 207–218.
- Parás-Bravo, P., Paz-Zulueta, M., Santibañez, M., Fernández-de-Las-Peñas, C., Herrero-Montes, M., Caso-Álvarez, V., & Palacios-Ceña, D. (2018) Living with a peripherally inserted central catheter: the perspective of cancer outpatients—a qualitative study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(2), 441–449.
- Petroulias P. L. (2017) Use of Electronic Tablets for Patient Education on Flushing Peripherally Inserted Central Catheters. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 40(5), 298–304.
- Pittiruti, M., & Scoppettuolo, G. (2023) *Manuale GAVeCELT dei PICC e dei Midline*. Milano: EDRA S.p.A.
- Ryan, C., Hesselgreaves, H., Wu, O., Paul, J., Dixon-Hughes, J., & Moss, J. G. (2018) Protocol for a systematic review and thematic synthesis of patient experiences of central venous access devices in anti-cancer treatment. *Systematic reviews*, 7(1), 61.
- Schiffer, C. A., Mangu, P. B., Wade, J. C., Camp-Sorrell, D., Cope, D. G., El-Rayes, B. F., Gorman, M., Ligibel, J., Mansfield, P., & Levine, M. (2013) Central venous catheter care for the patient with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(10), 1357–1370.
- Sharp, R., Grech, C., Fielder, A., Mikocka-Walus, A., Cummings, M., & Esterman, A. (2014) The patient experience of a peripherally inserted central catheter (PICC): A qualitative descriptive study. *Contemporary nurse*, 48(1), 26–35.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2005) *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Edizione italiana a cura di Matarese M. Napoli: Idelson – Gnocchi.
- Sundriyal, D., Shirsi, N., Kapoor, R., Jain, S., Mittal, G., Khivasara, J., Manjunath, S., & Parthasarthy, K. M. (2014) "Peripherally inserted central catheters: our experience from a cancer research centre". *Indian journal of surgical oncology*, 5(4), 274–277.
- Wang, Y., Li, J., Wang, Y., Wang, L., Xiang, Y., Huang, M., Wang, D., & He, L. (2021) The influential factors and intervention strategies that engage malignant cancer patients in health-promoting behaviors during PICC line maintenance. *American journal of translational research*, 13(5), 5208–5215.
- Xu, H., Yang, W., Liu, Y., Mu, X., Liu, Y., & Hu, H. (2021) Analysis of Nursing Effect and Impact of Narrative Nursing Model on Anxiety of Tumor Patients with PICC under Chemotherapy. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2021, 3698845.

**Giulia Meda**

Infermiera,  
giulia.meda22@gmail.com

**Annalisa Alberti**

Direttrice didattica Corso Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano; Direttrice Centro di Cultura e Ricerca Infermieristica, ASST Rhodense  
aalberti@asst-rhodense.it,  
annalisa.alberti@unimi.it

**Claudia Menia Timoftica**

Docente MED 45 Corso Laurea in Infermieristica, Docente di Statistica Medica, Università degli Studi di Milano  
cmenia@asst-rhodense.it

**Lorenzo Furcieri**

Docente MED 45 Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano  
lfurcieri@asst-rhodense.it

**Stefania Tinti**

Dottore di Ricerca, docente MED 45 Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano  
stinti@asst-rhodense.it

**Martino Trapani**

Direttore Medico di Presidio, ASST Rhodense  
mtrapani@asst-rhodense.it

**Renzo Guttadauro**

Direttore Medico di Presidio, ASST Rhodense  
rguttadauro@asst-rhodense.it

**Adelina Salzillo**

Direttrice Sanitaria d'Azienda, ASST Rhodense  
asalzillo@asst-rhodense.it

**John Tremamondo**

Direttore DAPSS, ASST Rhodense  
jtremamondo@asst-rhodense.it

# La percezione infermieristica riguardo l'adesione allo screening per il tumore del colon-retto: barriere e facilitatori. Uno studio osservazionale

*Nursing perceptions regarding adherence to colorectal cancer screening: barriers and facilitators. An observational study*

**ABSTRACT**

**Introduzione.** Il tumore del colon-retto è in assoluto il tumore a maggior insorgenza nella popolazione italiana. Nell'ultimo ventennio, in Italia, i tassi di incidenza e di mortalità sono in diminuzione grazie alla prevenzione. Nonostante la comprovata efficacia dei programmi di screening e la semplicità di esecuzione dei test, l'aderenza della popolazione resta tuttora bassa. **Obiettivo.** Indagare quei fattori che agiscono da barriere e da facilitatori per l'adesione allo screening per il tumore del colon-retto attraverso la percezione degli infermieri che lavorano nell'area endoscopica di due presidi ospedalieri di unica un'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Regione Lombardia. **Materiali e metodi.** Studio osservazionale trasversale monocentrico mediante la somministrazione di un que-

stionario ad hoc, stilato a partire dalle Linee Guida dell'Associazione Italiana Oncologica Medica del 2020 e suffragato dalla letteratura disponibile consultata. **Risultati.** Il sesso femminile aderisce maggiormente allo screening, mentre la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 50 – 54 anni. I principali fattori emersi come facilitatori tra cui l'aver amici o famigliari con pregresso tumore e quelli identificati come barriere come la paura di ricevere un esito positivo trovano ampio riscontro nella letteratura. Il team multidisciplinare si è dimostrato svolgere un ruolo chiave nell'adesione allo screening e nell'aumentare la consapevolezza di questa patologia nella popolazione. **Conclusioni.** Promuovere la consapevolezza sull'importanza dello screening per il tumore del colon-retto è cruciale per ridurre i tassi di mortalità. Pertanto, risul-

ta di notevole importanza identificare quei fattori che influenzano positivamente o negativamente l'adesione a questo screening.

**Parole chiave.** Screening, tumore, colon, infermiere.

## ABSTRACT

**Background:** Colorectal cancer has the highest incidence in the Italian population by far. Thanks to screening programmes in Italy, incidence and mortality rates have been decreasing in both sexes over the last two decades. Population adherence remains low in spite of the proven effectiveness of screening programs and the simplicity of test execution. **Aim.** To investigate which factors act as facilitators and which as barriers for the adherence to screening for colorectal cancer through the perception of nurses working in the endoscopy area of two hospitals of a socio-health authority in Regione Lombardia (Italy). **Materials and methods.** Single-centre cross-sectional observational study through the administration of an ad hoc questionnaire, drawn up from the 2020 AIOM Guidelines and supported by the available literature consulted. **Results.** The gender that participates more in screening is female, and the age group with the highest percentage of participation is between 50 and 54 years. The main factors identified as "facilitators", including having friends or family members with a history of cancer, and those recognized as "barriers" such as the fear of receiving a positive result, find support in the literature. The multidisciplinary team has proven to play a key role in adherence to screening and in increasing awareness of this condition in the population. **Conclusions.** Promoting awareness about the importance of screening for colorectal cancer is crucial for reducing mortality rates, so it is important to identify those factors that influence positively or negatively the adherence to the screening. **Keywords.** Screening, cancer, colon, nurse.

## INTRODUZIONE

I tumori del colon-retto rappresentano il 10% di tutti i tumori diagnosticati nel mondo (Fondazione AIRC 2021) e sono in assoluto quelli a maggior insorgenza nella popolazione italiana (Grazzini G. & Campari C. 2018) posizionandosi al terzo posto nell'uomo dopo il tumore della prostata e del polmone e, nella donna, dopo quello della mammella. Si stima che siano quasi 44 mila le nuove diagnosi ogni anno, senza significativa differenza tra uomini e donne, diffondendosi maggiormente nella popolazione appartenente alla fascia di età compresa tra i 60 e i 75 anni. Se da una parte si stima che l'adenocarcinoma del colon-retto sia una delle neoplasie più diffuse nel mondo, dall'altra si evince che la mortalità è in diminuzione grazie a prevenzione, screening e miglioramento delle tecniche mediche e chirurgiche sempre più mirate ed efficaci (Fondazione AIRC 2021). La prevenzione è senza dubbio uno degli strumenti più efficaci per diagnosticare la malattia oncologica sin dalle fasi più precoci e quindi, probabilmente, più curabili. Nello specifico la prevenzione secondaria, e, dunque, lo screening, identifica quei soggetti ad alto rischio per una data patologia o identifica la stessa nella fase più precoce riducendo così, il più possibile, il tasso di mortalità. Lo screening, infatti, è un programma considerato capace di ridurre la mortalità fino al 20% (Banfi D. 2022). In Italia la prevenzione secondaria

dell'adenocarcinoma del colon-retto si fonda attualmente su due test di screening: la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) e la rettosigmoidoscopia. Il SOF viene consigliato alle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni, da ripetersi ogni 2 anni. È un test estremamente semplice, non invasivo che consiste nella raccolta di un campione di feci (presso il proprio domicilio) che permette di individuare tracce di sangue altrimenti non visibili ad occhio nudo. Questo test, inoltre, non richiede alcuna restrizione dietetica o preparazione prima della sua esecuzione. La rettosigmoidoscopia, invece, è un esame endoscopico che viene effettuato una sola volta ad una popolazione di età compresa tra i 58 e i 60 anni, che consente di visualizzare direttamente l'ultima parte dell'intestino (sigma e retto) tramite una piccola sonda flessibile dotata di telecamera. In caso di negatività dell'esito, l'esame può non essere ripetuto perché si stima che occorrono circa 10 anni prima che una lesione si sviluppi e possa dare origine ad un eventuale tumore maligno (Fondazione AIRC 2023). I programmi di screening prevedono poi un esame di approfondimento, cioè di secondo livello in caso di un'eventuale positività all'esame diagnostico. L'esame di approfondimento è costituito dalla colonscopia che permette di esaminare l'intero tratto del colon-retto e può essere eseguito in un setting ambulatoriale. L'indagine può esitare con un intervento terapeutico, in caso, ad esempio, di polipi. Come si evince dalla letteratura, infatti, i polipi rimossi vengono successivamente analizzati e, in base al loro numero, alle loro dimensioni e alle caratteristiche delle loro cellule vengono avviati percorsi terapeutici e di controllo ad hoc (Quotidiano Sanità 2023). Grazie, dunque, ai programmi di screening, recentemente in Italia, il numero di nuovi casi di adenocarcinoma del colon-retto si è ridotto sia negli uomini che nelle donne e i nuovi casi manifestano una maggiore sopravvivenza grazie alla diagnosi precoce. Tuttavia, questo screening è ancora molto sottovalutato nel nostro paese, con importanti differenze territoriali. Al Nord l'adesione arriva al 45%, al Centro al 31% e al Sud solo al 10% (Quotidiano Sanità 2023). Diversi studi in letteratura, hanno indagato le ragioni per le quali le persone non si sottopongono al programma di screening. Sono emersi alcuni elementi definiti "barriere" come, ad esempio: procrastinazione, disgusto nel maneggiare un campione di feci, preoccupazione per il proprio stato di salute e paura di ricevere una diagnosi di cancro. Le motivazioni emerse invece come elementi "facilitatori" sono state, ad esempio: semplicità e non invasività del test, eseguire i test comodamente da casa nella propria privacy, importanza della prevenzione e soprattutto le forti raccomandazioni da parte di amici, familiari e conoscenti. (Green B.B et al. 2017) Inoltre, la letteratura indagata mette in risalto alcune note relative alla paura delle conseguenze, un basso stato socio-economico e la mancanza di un'assicurazione sanitaria come "barriera"; mentre l'aver avuto conoscenti e famigliari con un adenocarcinoma al colon o al retto e una comunicazione efficace da parte del personale sanitario come elemento "facilitatore". (Francisco D, Rankin L. & Kim S.C 2014)

## OBIETTIVO

Obiettivo dello studio è di esplorare la percezione degli infermieri che operano nell'area endoscopica di due presidi ospedalieri per

acuti di Garbagnate Milanese e di Rho, facenti parte dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale ASST-Rhodense in Regione Lombardia, riguardo ai fattori che possono influenzare l'adesione allo screening per il tumore del colon-retto. Nonostante la letteratura esistente abbia già fornito nozioni sui facilitatori e sulle barriere [(Green BB et al. (2017) e Francisco B., Rankin L. & Kim S.C (2014)], l'approfondimento tramite questo studio mira a fornire una prospettiva specifica e contestualizzata all'interno delle realtà ospedaliere considerate.

## MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale monocentrico approvato dalla Direzione Strategica della sede di riferimento mediante la realizzazione di un questionario ad hoc, stilato a partire dalle Linee Guida dell'Associazione Italiana Oncologica Medica (AIOM) del 2020 e suffragato dalla letteratura disponibile consultata. La selezione delle domande è stata ispirata da studi precedenti (Green BB et al. (2017) e Francisco B., Rankin L. & Kim S.C (2014) che hanno indagato le barriere e i facilitatori relativi allo screening per il tumore del colon-retto. Le domande sono state poi personalizzate per adattarsi meglio al contesto specifico. Il questionario somministrato è composto da 25 domande di cui 24 chiuse a risposta multipla ed una domanda aperta. Esso è suddiviso in 3 sezioni: generalità dei partecipanti allo studio nel quale vengono indagati i dati socio-demografici e gli anni di servizio, generalità utenti del servizio endoscopico nel quale vengono analizzati i principali dati demografici (età, sesso e provenienza geografica) e percezioni infermieristiche riguardo l'adesione allo screening per il tumore del colon-retto. Ciascuna sezione composta rispettivamente da quattro, tre e diciotto domande. Il questionario è stato inviato alle Direzioni Strategiche e alle autorità competenti per l'approvazione, successivamente somministrato nel mese di giugno 2023 in forma cartacea ai Coordinatori infermieristici per favorirne la diffusione. I dati raccolti sono stati organizzati ed inseriti attraverso un dataset di Excel; per ogni quesito del questionario è stato creato un foglio Excel nel quale sono stati raccolti i dati qualitativi analizzati mediante statistiche descrittive e per i dati quantitativi sono state ricavate le variabili continue presentate come Media e Deviazione Standard (DS). I dati raccolti dai due Presidi Ospedalieri appartenenti alla stessa ASST sono stati sommati al fine di rappresentare la percentuale del totale complessivo. Il campione è di tipo non probabilistico di convenienza composto dai 25 infermieri dell'area endoscopia di 2 presidi ospedalieri facenti parte dell'ASST Rhodense, in Lombardia, in numero di 25 [N = 25 (100%)]. Il 100% del campione ha risposto su base volontaria ed è stato garantito l'anonimato. Ogni professionista ha fornito il consenso informato ed è stato informato degli obiettivi, del metodo utilizzato, della riservatezza delle loro risposte e dell'anonimato da parte di uno degli autori della ricerca, per l'elaborazione finale dei dati. Lo studio è stato condotto in conformità della Legge Italiana e ai Principi della Dichiarazione di Helsinki.

## RISULTATI

Il questionario somministrato, cui ne sono riportati i risultati più significativi, trova la sua fondatezza, sebbene costruito allo sco-

po, nelle Linee Guida AIOM del 2020 che identificano gli ambiti di interesse e di attenzione relativamente al tumore del colon-retto. Sono stati analizzati i risultati ottenuti dalla somministrazione di 25 questionari pari alla totalità del campione (100%), ovvero tutti gli infermieri delle unità operative di Endoscopia dei due presidi ospedalieri facenti parte dell'azienda ospedaliera oggetto di studio. Al fine di rappresentare i dati emersi sono stati strutturati grafici e tabelle per i diversi quesiti. Il campione dello studio è composto da 25 infermieri, per il 72% di sesso femminile, con un'età media di 51,7 anni (DS = 6,7) e con una media di 11,2 anni di esperienza nel settore endoscopico (DS = 10,23) (Tabella 1).

**Tabella 1. Età, sesso e anni di servizio nel settore endoscopico del campione**

Età campione	N(%)
30 - 39 anni	2 (8%)
40 - 49 anni	5 (20%)
50 - 59 anni	17 (68%)
60 - 65 anni	1 (4%)
<b>Totale</b>	<b>25 (100%)</b>
<b>Sesso del campione</b>	
Maschio	7 (28%)
Femmina	18 (72%)
<b>Totale</b>	<b>25 (100%)</b>
<b>Anni di servizio nel settore endoscopico</b>	
0 - 4 anni	9 (36%)
5 - 9 anni	6 (24%)
10 - 14 anni	2 (8%)
15 - 19 anni	2 (8%)
20 - 24 anni	2 (8%)
25 - 35 anni	4 (16%)
<b>Totale</b>	<b>25 (100%)</b>

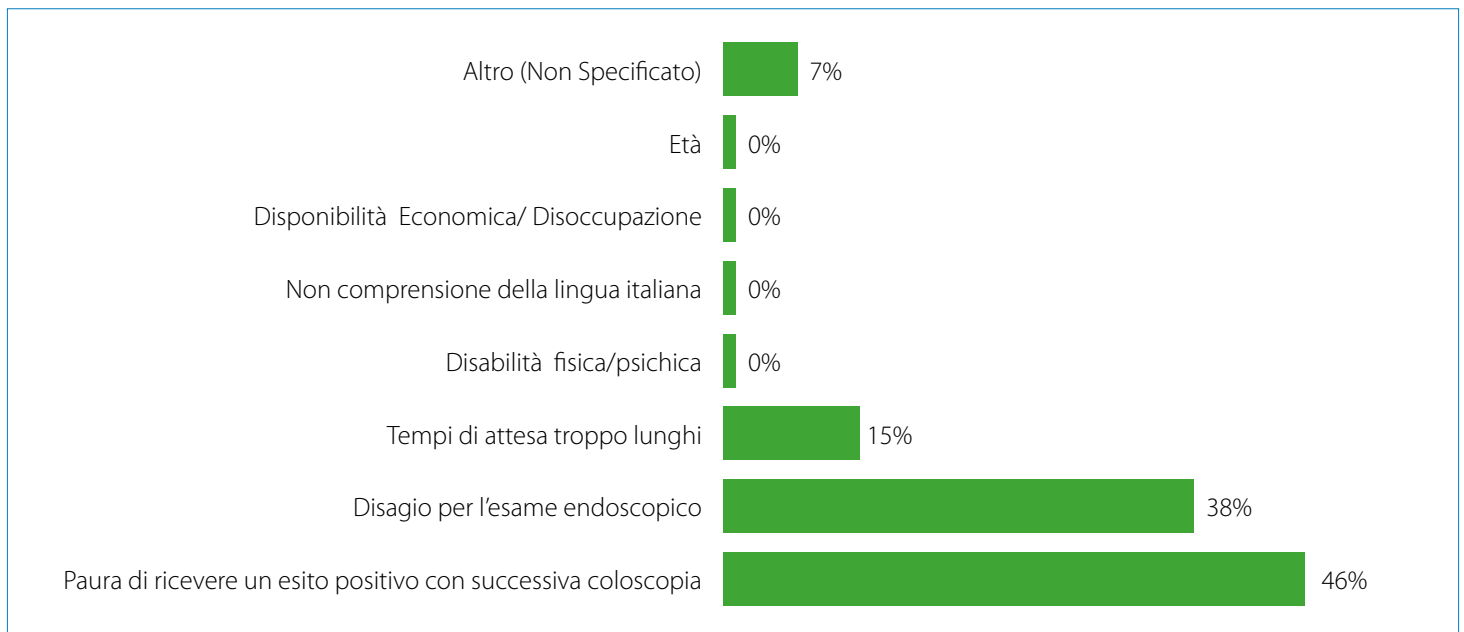
È stato chiesto al campione qual è la loro percezione riguardo l'età, il sesso e la provenienza geografica degli utenti che accedono al servizio endoscopico. Lo studio dimostra che il sesso maggiormente aderente allo screening è prevalentemente femminile (51,2%) (Tabella 2), non evidenziando una forte disparità tra i due sessi (sesso maschile = 48,7%). La fascia d'età maggiormente aderente allo screening è quella compresa tra i 50 - 54 anni (25%) verosimilmente corrispondente alla prima lettera d'invito allo screening, seguita in ordine da: 60 - 64 anni (23,2%), 65 - 69 anni (19,6%), 55 - 59 anni (17,8%) e 70 - 75 anni (14,2%), (Tabella 2).

**Tabella 2. Generalità utenti servizio endoscopico**

Età utenti servizio endoscopico	(%)
50 - 54 anni	25%
55 - 59 anni	17,80%
60 - 64 anni	23,20%
65 - 69 anni	19,60%
70 - 75 anni	14,20%
Sesso utenti servizio endoscopico	
Maschi	48,70%
Femmine	51,20%
Provenienza geografica destinatari	
Italia	89%
Nord Italia	-55%
Centro Italia	-13%
Sud Italia	-21%
Europa	5%
Africa	3%
Asia e Oceania	3%
Americhe	0%

Relativamente alle possibili barriere emerge che la voce "paura di ricevere un esito positivo con successiva coloscopia" è stata indicata dal 46% del campione, "disagio per l'esame endoscopico" dal 38% e "tempi di attesa troppo lunghi" dal 13% (Figura 1).

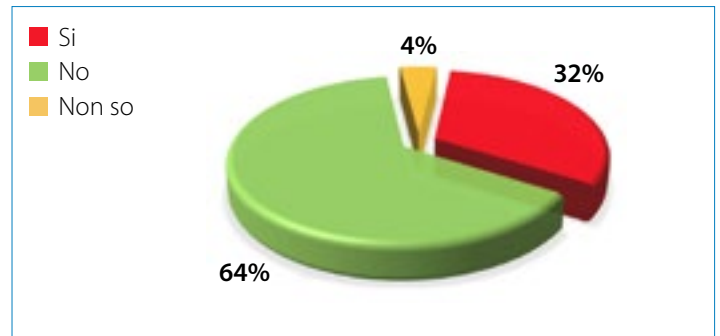
**Figura 1. Potenziali "barriere"**



Parimenti sui fattori facilitatori il 45% del campione ritiene l'avere accanto conoscenti o familiari con pregresso tumore (anche in altra sede), la conoscenza dell'ambito sanitario (familiari) (25%) e la fiducia nel sistema sanitario (23%) come potenziali fattori contribuenti (Figura 2).

Approfondendo, è stato chiesto al campione se supponesse l'esistenza di ostacoli nell'accedere al servizio endoscopico. La figura 3 mostra, infatti, che un terzo del campione (32%) riferisce la presenza di ostacoli, come, paura (13%) e tempi di attesa troppo lunghi (87%) (Figura 4).

**Figura 3. Presenza ostacoli all'accesso al servizio endoscopico**



**Figura 4. Quali ostacoli?**

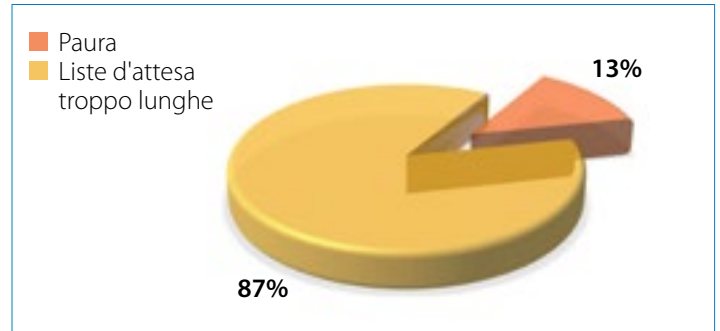


Figura 2. Potenziali "facilitatori"

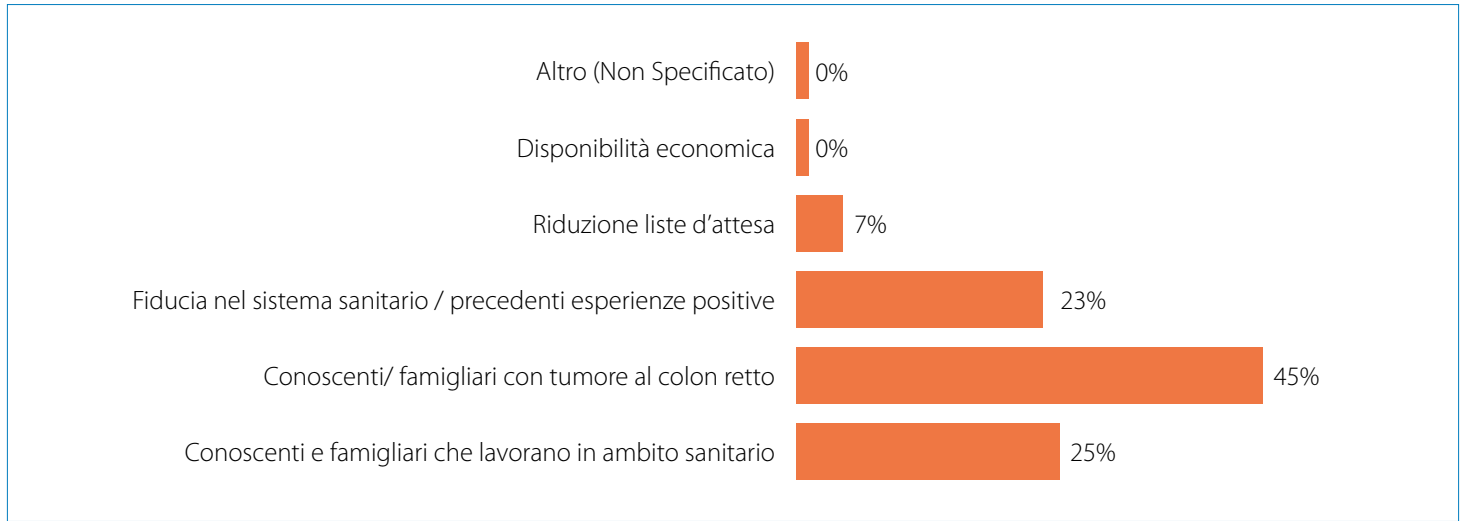


Figura 5. Principale fattore emotivo

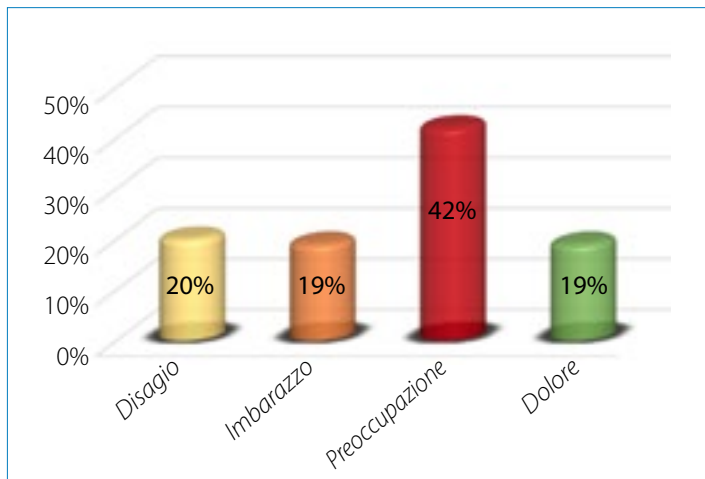
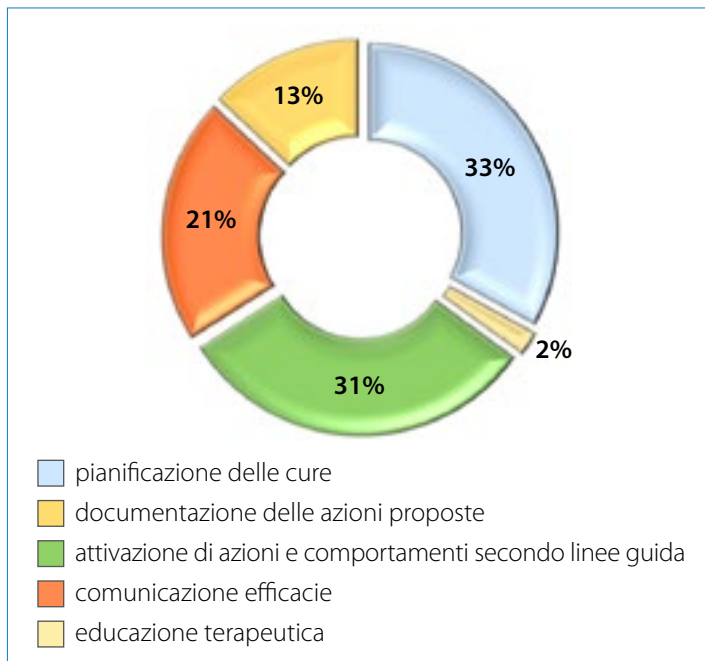


Figura 6. Competenze team multidisciplinare



Inoltre, la figura 5 mette in risalto la percezione riguardo il principale fattore emotivo di chi si sottopone a questo tipo di esame diagnostico/strumentale che ricade per il 42% sulla "preoccupazione", seguito da "disagio" (20%) ed infine "dolore" ed "imbarazzo" in egual misura (19%).

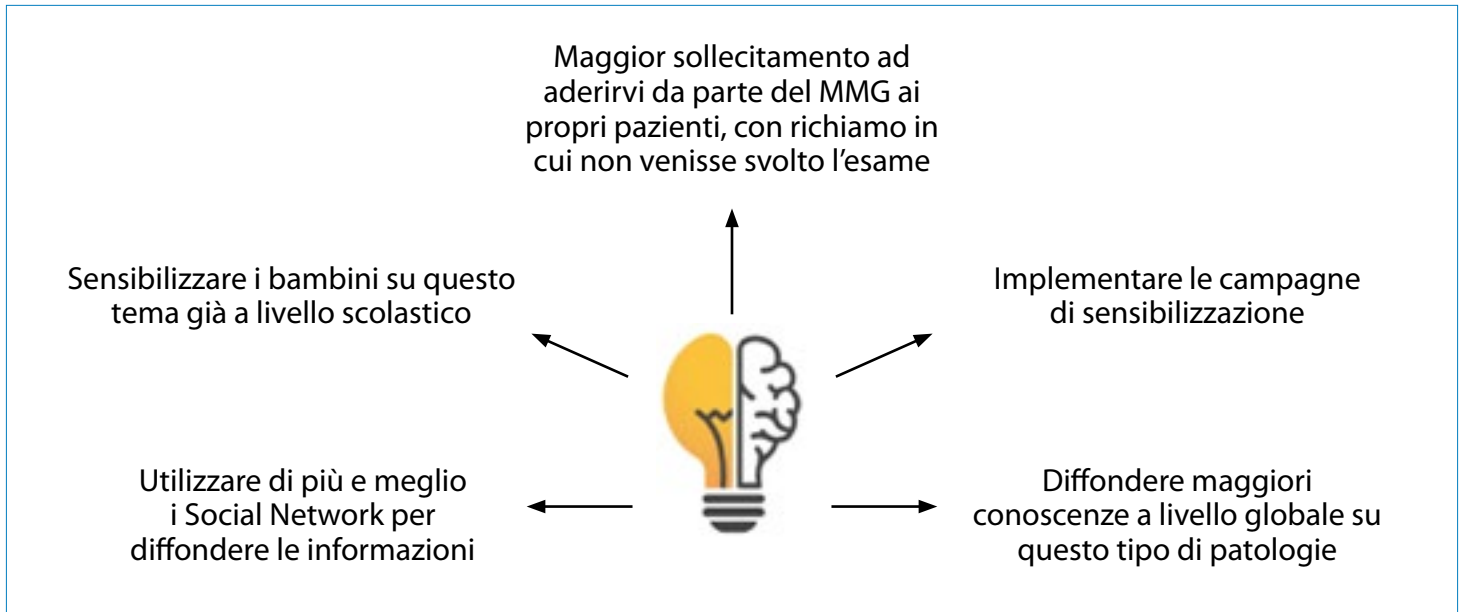
Volendo indagare le competenze che devono essere espresse dal team multidisciplinare dell'area endoscopica emergono per importanza: "pianificazione delle cure" (33%), "attivazione di azioni e comportamenti secondo Linee Guida" (31%), "comunicazione efficace" (21%), "educazione terapeutica" (13%), ed infine, "documentazione delle azioni proposte" (2%).

Alla domanda "quali potrebbero essere gli elementi da sviluppare maggiormente per informare la popolazione" il 38% del campione

Tabella 3. Aumento consapevolezza nella popolazione

Elementi da sviluppare maggiormente per informare la popolazione	(%)
Campagne di sensibilizzazione	38 %
Incontri con esperti	9 %
Trasmissioni TV / Radio	18 %
Spot Pubblicitari	14 %
Campagne su Social Network da parte di personaggi famosi	5 %
Utilizzo dei principali Social Network	10 %
<b>Utilità di fare educazione sanitaria riguardo l'importanza dello screening tra i pazienti ricoverati in altre Unità Operative, al CUP, durante esami di routine ecc. per aumentarne l'adesione</b>	
Moltissimo	12 %
Molto	36 %
Abbastanza	44 %
Poco	8 %
Per nulla	0 %

Figura 7. Modalità / idee per poter incentivare l'adesione allo screening (domanda aperta)



ritiene utile implementare le campagne di sensibilizzazione, il 18% le trasmissioni TV e radio, il 14% gli spot pubblicitari, il 10% l'utilizzo dei principali social network, il 9% gli incontri con esperti ed il 5% le campagne sui social network da parte di personaggi famosi (Tabella 3). Inoltre, emerge un'alta percentuale di risposte positive pari al 92% (Tabella 3) in cui il campione ha ritenuto moltissimo (12%), molto (36%) e abbastanza utile (44%) fare educazione sanitaria anche tra i pazienti ricoverati in altre Unità Operative, agli sportelli come il Centro Unico di Prenotazione (CUP), e durante altri esami di routine per aumentarne l'adesione.

Il quesito n. 25 del questionario risponde alla domanda aperta "secondo lei si può intervenire in altri modi per poter incentivare l'adesione dello screening per il tumore al colon-retto?". A questa domanda ha risposto il 20% del campione (N=5) che ha proposto strategie come: ottimizzare l'utilizzo dei Social Network, fare sensibilizzazione già a livello scolastico, un maggior coinvolgimento da parte del Medico di Medicina Generale (MMG), implementare le campagne di sensibilizzazione e diffondere maggiori informazioni a livello globale.

**DISCUSSIONE**

L'obiettivo dello studio è stato quello di indagare la percezione infermieristica riguardo alle barriere e ai facilitatori relativi allo screening per il tumore del colon-retto e alla luce dei dati raccolti si possono intraprendere delle riflessioni. Rispetto ad altri screening, l'aderenza per quello del tumore al colon-retto non è particolarmente partecipata dalla popolazione e i dati forniti dalla Sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del 2023, confermano la scarsa adesione. Una possibile chiave di lettura è da ricercarsi nella letteratura disponibile, infatti Green BB et al. (2017) e Francisco B., Rankin L. & Kim S.C (2014) hanno cercato di fornire possibili risposte indagando quei fattori che potrebbero agire da "potenziali barriere" o "potenziali facilitatori" relativi all'aderenza allo screening. Tra le principali barriere si possono notare: procrastina-

zione, preoccupazione per il proprio stato di salute, paura di ricevere una diagnosi positiva, paura delle conseguenze e basso stato socio-economico. Tra i facilitatori, invece, emergono: semplicità e non invasività dello screening, forti raccomandazioni da parte di amici, familiari e conoscenti, avere un familiare con adenocarcinoma al colon-retto ed una comunicazione efficace da parte del personale sanitario. Questi risultati collimano con quanto raccolto attraverso l'indagine osservazionale, relativamente alle "barriere": paura di ricevere un esito positivo con successiva colonscopia, disagio per



l'esame endoscopico e tempi di attesa troppo lunghi (Figura 1). Relativamente agli elementi "facilitatori" emerge come l'avere accanto conoscenti o familiari con pregresso tumore (anche in altre sedi), la conoscenza dell'ambito sanitario (familiari) e la fiducia nel sistema sanitario possa contribuire ad aumentare l'aderenza allo screening (Figura 2). Inoltre, le diverse percezioni negative riferite dagli studi presi in esame, vengono evidenziate anche nello studio. La figura 5



infatti, mostra come principale elemento ostativo la preoccupazione, seguito da disagio, dolore ed imbarazzo.

Il team multidisciplinare sicuramente gioca un ruolo cruciale in questo ambito, tanto che alcune ricerche hanno proprio dimostrato un'associazione tra la comunicazione fornita dal personale sanitario ai pazienti per lo screening e l'aumento di compliance e adesione (Slyne T., Gautam R. & King V. 2017). In particolare, l'infermiere può avere un impatto significativo nell'aumentare la partecipazione allo screening attraverso l'educazione sanitaria, aumentandone la consapevolezza ed i benefici. A tal proposito, attraverso lo studio si sono indagate le competenze che devono essere espresse dal team multidisciplinare dell'area endoscopica e sono emerse per importanza: pianificazione delle cure, attivazione di azioni e comportamenti secondo Linee Guida, comunicazione efficace, educazione terapeutica, ed infine, documentazione delle azioni proposte (Figura 6). L'ottenimento di percentuali elevate nelle risposte relative alla pianificazione delle cure e attivazione di comportamenti secondo Linee Guida conferma quanto emerso anche in letteratura. Lo studio condotto, inoltre, consente di far emergere alcune iniziative utili per aumentare la consapevolezza della rischiosità della patologia, la necessaria adesione allo screening e, più in generale, la sensibilizzazione alla prevenzione. Lo spunto trae origine da AIOM che, nel febbraio 2023, ha sviluppato un importante progetto di sensibilizzazione per migliorare la partecipazione allo screening, realizzando spot pubblicitari, opuscoli informativi, campagne social e coinvolgimento attivo delle farmacie. Allo stesso modo, il 38% del campione oggetto di studio ha ritenuto utile implementare le campagne di sensibilizzazione (Tabella 3) quale elemento da sviluppare maggiormente per informare la popolazione. Infine, lasciando libera espressione attraverso la domanda aperta (Figura 7), il campione intervistato ha ritenuto di esprimere potenziali soluzioni per aumentare l'adesione come, ad esempio, potenziare l'utilizzo dei social network, sensibilizzare alla tematica della prevenzione sin dall'infanzia e coinvolgere maggiormente i MMG, primo vero contatto con gli utenti-pazienti. Potrebbe, dunque, essere interessante prendere in considerazione l'idea di sviluppare opuscoli informativi da fornire ai pazienti ricoverati nelle differenti Unità Operative ospedaliere o da distribuire presso gli sportelli amministrativi di interfaccia con la popolazione, ad esempio il Centro Unico di Prenotazione (CUP), al fine di aumentare la consapevolezza tra un numero sempre maggiore di persone e promuovere l'adesione allo screening.

### LIMITI

L'esiguità del campione composto da 25 infermieri, l'utilizzo di un questionario specificatamente costruito per l'indagine e lo studio condotto in un'unica realtà sociosanitaria potrebbero apparire non rappresentativi di un fenomeno più ampio.

### CONCLUSIONI

I dati emersi dall'analisi condotta relativi ai potenziali facilitatori e barriere riguardo l'aderenza allo screening per il tumore del colon-retto trovano ampio riscontro anche nella letteratura analizzata come riferimento bibliografico. Tuttavia, appare significativo rileva-

re che i risultati dello studio osservazionale, in particolare relativo alle potenziali barriere, hanno evidenziato un aspetto molto importante non citato negli studi di letteratura, ovvero, la voce "tempi di attesa troppo lunghi". Verosimilmente questo dato potrebbe giustificare, almeno parzialmente, la bassa aderenza allo screening in Italia. Un secondo elemento di riflessione potrebbe vertere sugli aspetti informativi nei confronti della popolazione, anche in una fase precoce.


### CONFLITTO DI INTERESSI


Nessuno degli autori ha conflitti di interesse da dichiarare

### BIBLIOGRAFIA

- Associazione Italiana Oncologica Medica (2020) Linee Guida tumori del colon [eBook]. Italia: AIOM.
- Banfi, D., (2022). Screening per il tumore del colon-retto: la colonscopia funziona, 21 ottobre 2022. Italia: Fondazione Umberto Veronesi. Consultabile all'indirizzo: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/oncologia/screening-per-il-tumore-del-colon-retto-la-colonscopia-funziona>
- Fondazione AIRC (2021) Tumore colon-retto: sintomi, prevenzione, cause, diagnosi, 1 ottobre 2021. Italia: Agenzia Zoe. Consultabile all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-colon-retto>
- Fondazione AIRC (2023) Cancro: la prevenzione, 28 aprile 2023. Italia: Redazione AIRC. Consultabile all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/prevenzione-per-tutti/cancro-la-prevenzione#:~:text=La%20prevenzione%20è%20la%20migliore,sottoporsi%20periodicamente%20a%20controlli%20medici>
- Francisco D., Rankin L. & Kim S.C. Adherence to Colorectal Cancer and Polyps Screening Recommendations Among Filipino-Americans: Gastroenterol Nurs. 2014; 37(6): 384-90
- Grazzini, G. & Campari, C. (2018) Le 100 domande sullo screening coloretale [eBook]. Milano: Inferenze Scarl.
- Green, B.B., BlueSpruce J., Tuzzio L., Vernon S.W., Aubree Shay L. & Catz S.L. Reasons for never and intermittent completion of colorectal cancer screening after receiving multiple rounds of mailed fecal tests. BMC Public Health. Dicembre 2017; 17(1): 531
- Istituto Superiore di Sanità (2023) I dati per l'Italia: screening coloretale. Sorveglianza PASSI. Consultabile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningColoretale>
- Ministero della Salute (2023) Screening per il cancro del colon retto, 2 febbraio 2023. Consultabile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=5541&area=tumori&menu=vuoto>
- Quotidiana Sanità (2023) Tumore del colon-retto: dopo la flessione registrata nel 2020 tonano a crescere. AIOM: "7 italiani su 10 over 50 non fanno lo screening offerto dal Ssn" - Quotidiano Sanità [online], 10 febbraio 2023. Consultabile all'indirizzo: [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=111018](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=111018)
- Slyne T., Gautam R. & King V., Colorectal Cancer Screening: An Educational Intervention for Nurse Practitioners to Increase Screening Awareness and Participation. Clin J Oncol Nurs. 1 ottobre 2017; 21(5): 543-6

# 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 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.

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



## IJN è online



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