

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 / 2025

**Nuova veste grafica
e nuove rubriche nella rivista
degli infermieri di Milano,
Lodi, Monza e Brianza**

Organo ufficiale di stampa

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB

Direttori Editoriali ad interim: Valentina Spedale e Tiziana Nania.

Direttore Responsabile ad interim: Elisa Crotti.

Comitato di Redazione ad interim: Pasqualino 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 redazione@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 (incluso 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.

Editoriale

- 3 Nella regione più cara d'Italia mancano quasi 6mila infermieri. Vogliamo risolvere?**
In Italy's most expensive region, there is a shortage of nearly 6,000 nurses. Do we want to solve?
Pasqualino D'Aloia

Attualità e professione

- 4 Le sfide di salute globale: focus sulle direzioni strategiche per lo sviluppo delle professioni infermieristiche e ostetriche al fine di promuovere inclusione, equità, salute e pace**
Global Health Challenges: focus on the strategic directions for nursing and midwifery to promote inclusion, equity, health and peace
di Comitato di Redazione
- 7 Algoritmo delle mie brame, chi è il più interessante del reame?**
Algorithm on the wall, who is the most interesting of them all?
Elisa Crotti

Formazione

- 11 Prevenzione delle Lesioni da Pressione al Tallone: il Ruolo della Formazione e della Collaborazione tra OSS e Infermieri**
Prevention of heel pressure injuries: the role of training and collaboration between OSS and Nurses
Laura Quaresima, Maria Gabriella Procacci

Focus di Approfondimento

- 15 Time management e assistenza infermieristica in area critica: miglioramento delle prestazioni lavorative e del benessere lavorativo personale**
Time management and nursing care in critical areas: improving work performance and personal well-being
Francesco Ferroni

Pubblicazioni

- 18 Come gli studenti del Master of Science in Cure Infermieristiche descrivono il ruolo dell'Advanced Practice Nurse – uno studio qualitativo**
How Master of Science Nursing Students See the Advanced Practice Nurse role. A qualitative study
Cinzia Gradellini, Cesarina Prandi, Nicola Ramacciati, Monica Bianchi
- 27 Nomofobia e ansia da connessione tra gli infermieri in area critica: uno studio qualitativo**
Nomophobia and connectivity anxiety among Critical Care Nurses: a qualitative study
Anna Arnone, Giovanni Gioiello, Francesco Riccardo

Speciale Pediatria

- 33 "A scuola di epilessia": valutazione degli esiti di un progetto di formazione per insegnanti e alunni di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado**
"At school of epilepsy": results evaluation of a training project for teachers and students of kindergarten, primary and secondary schools
Gloria Moiso, Bartolomeo Rinaldi, Ilaria Cattaneo, Arianna Confortin, Wilma Gentile, Vittoria Vallana, Giorgio Bergesio

Attualità e professione

- 40 Intelligenza artificiale in scienze infermieristiche**
Artificial Intelligence in nursing science
Robert Augusto Castillo, Corsi Elisabet Moreano

Storia della Professione

- 47 Il cholera morbus: una sfida assistenziale nella Milano ottocentesca**
The cholera morbus: a care challenge in 19th century Milan
Enrico Cafulli, Anna La Torre

Lectures Consigliate e Recensioni

- 53 "L'arte di ascoltare i battiti del cuore" e il ruolo dell'infermiere nella società moderna**
The art of hearing heartbeats and the role of the nurse in modern society
Mauro Mastronardi

**Pasqualino D'Aloia**

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

*President of OPI in Milan, Lodi,
Monza and Brianza*

Nella regione più cara d'Italia mancano quasi 6mila infermieri. Vogliamo risolvere?

*In Italy's most expensive region, there is a shortage of nearly
6,000 nurses. Do we want to solve?*

I numeri della carenza infermieristica sono inquietanti, ormai lo sappiamo tutti e lo viviamo anche sulla nostra pelle ogni giorno, in ogni realtà. E il fatto che si stia ricorrendo al reclutamento di infermieri dall'estero ci dice con chiarezza che non è possibile immaginare un futuro stanti le condizioni attuali.

Regione Lombardia ha fatto arrivare negli ospedali e nelle aziende sanitarie nostrane circa 500 professionisti dall'Argentina e dal Paraguay, cercando di iniziare a colmare una lacuna che sembra infinita.

Ma più che sui sintomi, bisognerebbe lavorare sulla malattia. Perché mancano così tanti infermieri?

La carenza infermieristica è stata per anni sottovalutata e non sono stati attuati per tempo i dovuti correttivi. Già questo segna il passo. Inoltre, pur sapendo che le considerazioni economiche sono appannaggio dei sindacati, non posso non segnalare che gli stipendi rimangono pesantemente sottodimensionati, in particolare se ci si riferisce a una regione costosa come la Lombardia. A Milano il lavoro non manca, **ma gli affitti sono tra i più cari d'Europa e lo stipendio medio di un infermiere è di circa 1.500 euro netti**. Non stupisce se pochi, anzi pochissimi decidono di intraprendere questa professione, soprattutto in Lombardia, dove la carenza si sta spingendo verso limiti insostenibili.

Come se non bastasse, alcune città – cito Varese, Lecco, Como e Sondrio – sono, per la loro naturale prossimità con il confine svizzero, letteralmente saccheggiate: pensate che ogni anno circa 4.000 infermieri lombardi si sono licenziati dal Servizio Sanitario Nazionale per diventare frontalieri.

Che fare? Continuare ad attingere da altri Paesi, facendo finta che questo non sottenda questioni etiche e travestendolo da soluzione?

Ci sono strade diverse che possono essere percorse e l'OPI di Milano continua a rimarcarle senza tregua. È possibile rendere la professione più attrattiva andando a intervenire sulle falle del sistema sanitario. Primo fra tutti gli interventi, è il caso di **considerare percorsi di carriera più appetibili nelle organizzazioni e andare a rivedere, con gli opportuni correttivi, il nostro modello organizzativo che risale al Novecento**. Solo per fare qualche esempio, perché la lista sarebbe lunghissima, oggi gli infermieri fanno medicazioni complesse, gestiscono stomie e PICC, ma dal punto di vista della rendicontazione è come se di queste attività se ne occupassero i medici. È ovvio che così non si può continuare.

Oltre alla rivisitazione del sistema sanitario, un'altra strada riguarda il **welfare. Mi riferisco a quello regionale**, non solo aziendale. Accennavo al fatto che la Lombardia è tra le regioni più care d'Europa. Si sta ragionando sulla questione dei frontalieri, ma anche Milano ha le sue criticità legate ai costi di residenza. Perché non offrire il trasporto pubblico a prezzi ridotti se non addirittura gratuiti? Perché non pensare a un accesso agevolato agli asili nido, considerato che la nostra è una professione prevalentemente femminile?

Gli infermieri tengono letteralmente in piedi il Servizio Sanitario Nazionale, ne sono la spina dorsale. Stiamo lavorando per le specializzazioni a livello universitario, siamo in dialogo con Regione, ma qui occorrono due livelli di intervento: uno, nell'immediato, che dia subito una spinta propulsiva verso la professione, e uno più a lungo termine e programmato, che vada a sanare la criticità della carenza in modo definitivo.

Un by-pass e una successiva terapia, per fare un esempio del nostro mondo. Qui, invece, stiamo aspettando i donatori. È una strada che si può percorrere, certo, ma non è detto che funzioni.

Il problema c'è, le idee non mancano e le carte sono tutte sul tavolo. Ora occorre giocare in modo sensato e vincente.

Buon lavoro,

Pasqualino D'Aloia

Comitato di Redazione

Le sfide di salute globale: focus sulle direzioni strategiche per lo sviluppo delle professioni infermieristiche e ostetriche al fine di promuovere inclusione, equità, salute e pace

Global Health Challenges: focus on the strategic directions for nursing and midwifery to promote inclusion, equity, health and peace

Un evento per discutere il ruolo cruciale delle professioni infermieristica ed ostetrica nel promuovere la parità, l'inclusione, l'equità e la pace. Con questo intento si sono incontrati lo scorso gennaio all'Università degli Studi Milano-Bicocca importanti esponenti di entrambe le professioni, portando contributi in termini di riflessioni, esperienze e visioni.

Riscoprire l'orgoglio professionale in una fase critica

A dare il benvenuto alla platea e segnare il mood della mattinata, il Professore Ordinario di Scienze Infermieristiche dell'Università ospitante Davide Ausili, che ha evidenziato l'obiettivo dell'iniziativa:

«È nostra intenzione aprire una riflessione sullo stato di sviluppo delle scienze infermieristiche e ostetriche in Italia e ragionare sulle azioni che si rendono necessarie per mettere sempre più professionisti nelle condizioni di esprimere il proprio potenziale in risposta ai bisogni di salute delle persone, delle famiglie e delle comunità». Un concetto ribadito anche dalla Rettrice e Presidente CRUI Giovanna Iannantuoni, che ha sottolineato come il ruolo svolto da infermieri e ostetriche debba essere motivo di vanto e orgoglio. Sulla stessa linea il Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia Giuseppe Carrà, secondo il quale l'università e i suoi studenti devono avere la forza di affermarsi come «produttori di pensiero di spessore e riflessione». L'obiettivo è generare valore, da ridistribuire sul territorio e nella comunità scientifica, come spiega Maria Luce Frezzotti, Presidente della Scuola di Dottorato:



«C'è la necessità di una formazione disciplinare di alto livello. È una formazione che vede crescere le competenze specialistiche e volta all'innovazione. Prevede capacità gestionali e il saper affrontare temi specifici in contesti ampi, interagendo con le diverse discipline, non esclusivamente di area medica». Su questi temi interviene anche la SISI, rappresentata dalla professoressa Maura Lusignani, che sottolinea l'importanza di dimostrare quali siano i risultati della ricerca infermieristica sui pazienti e nella pratica.

La professione cresce ed evolve senza sosta, quindi, sebbene il momento storico sia critico. «Stiamo vivendo – afferma Walter De Caro, Presidente CNAI – un periodo caratterizzato dalla demotivazione. È recente il finanziamento dell'Unione Europea all'OMS per un progetto di mantenimento in servizio e reclutamento di infermieri che coinvolge anche l'Italia. Lo riteniamo strategico per valorizzare la figura dell'infermiere e far ripartire la professione tutta».

Sì, perché i numeri sono sempre allarmanti. Mancano 1.500 ostetriche solo in Lombardia, sebbene l'ostetricia abbia mantenuto una certa attrattiva, mentre la carenza infermieristica si attesta sulle 9.500 unità. E qui l'appello è decisamente sbiadito.

I motivi sono sotto gli occhi di tutti, sebbene a conti fatti si tratti di una professione potenzialmente fonte di grandi soddisfazioni. «Siamo impegnate costantemente – afferma Nadia Rovelli, Presidente OPO Inter-Provinciale – per la riduzione della mortalità materna e neonatale, e dell'inappropriatezza assistenziale. Il diritto alla salute e al benessere delle donne è per noi un punto focale. Purtroppo, nei modelli organizzativi attuali vi sono ancora deficit di attenzione alla salute delle donne».

Anche Pasqualino D'Aloia, Presidente OPI-MiLoMB, ritorna sul tema della crisi delle professioni basate sulla relazione d'aiuto. «Dal punto di vista organizzativo – afferma –, i dottori di ricerca hanno stessi stipendi, stessi percorsi di carriera e fanno le stesse cose dei colleghi senza questo titolo. Ben vengano quindi le specializzazioni infermieristiche e l'introduzione di nuove figure, perché possono aprire un dibattito in grado di portare alla necessaria revisione dei modelli organizzativi, oggi decisamente datati».

Un ruolo prezioso, anche a livello internazionale

Proponendo un'analisi delle criticità sanitarie nel mondo, con metà della popolazione che non ha accesso all'assistenza sanitaria di base e una mortalità infantile in aumento, Howard Catton, CEO dell'International Council of Nurses, è convinto che non si stia facendo abbastanza per gli infermieri. Nel mondo la carenza si assesta su 6 milioni di unità e si assiste al fenomeno del reclutamento internazionale. «L'interesse dei ragazzi di 15-16 anni – aggiunge – è crollato in molti Paesi perché tutti, durante la pandemia, hanno percepito la complessità di questo lavoro. Occorre quindi investire in modo consistente sulle condizioni, le risorse e il sostegno agli infermieri che lavorano. E qui una riflessione su quanto le criticità economiche siano legate al gender pay gap, considerato che quella infermieristica è una popolazione al 90% femminile, non può non essere fatta. Investire sul nursing fa bene a tutti».

Senza dimenticare il ruolo preziosissimo dell'ostetricia: anche qui gli investimenti sono essenziali – spiega la CEO dell'International Confederation of Midwives – per «assicurare un modello in grado di migliorare gli outcome di donne, neonati e bambini, considerando che la mortalità materna nel mondo sta addirittura crescendo. Applicando i modelli di assistenza e di continuità dell'assistenza ostetrica si potrebbero evitare il 67% delle morti materne, il 64% delle morti del neonato e il 65% delle morti intrauterine».

Stereotipi e discriminazione

Si comprende quindi il ruolo preziosissimo delle professioni sanitarie e quanto la carenza – di figure professionali e di modelli adeguati – possa influire sugli outcome per i pazienti e sui costi sanitari. Ancor più importante se



si considera, stavolta a livello nazionale, un futuro caratterizzato dalla multi-morbilità, anche in considerazione dell'invecchiamento della popolazione. «Le sfide che ci attendono fin d'ora – afferma Lorenzo Mantovani, Professore Ordinario di Igiene Generale e Applicata – riguardano la riduzione del rischio del paziente e la compressione della morbidità. L'aspettativa di vita alla nascita è migliorata, ma ancora oggi gli ultimi 8-12 anni sono vissuti con disabilità. Questo genera un maggiore bisogno di assistenza e, quindi, di professionisti».

Considerando anche che gli anziani vengono ritenuti meno competenti e più complessi da trattare, come dimostra la ricerca presentata da Michela Luciani, ricercatrice di Scienze Infermieristiche, con le donne che ricevono ancora oggi meno prevenzione, meno trattamenti e meno interventi chirurgici rispetto ai coetanei uomini. «Bisogna lavorare sugli stereotipi – conclude Luciani – e costruire una cultura positiva dell'assistenza».

Ma non sono solo gli stereotipi a rappresentare un fattore critico. «In ambito ostetrico – riporta Simona Fumagalli, ricercatrice di Scienze Ostetriche – giocano anche le condizioni socioeconomiche, l'etnia e la provenienza della paziente. Questi fattori si rivelano predittivi degli esiti di salute, aumentando il rischio di mortalità materna, anche in Italia».

Quale futuro?

Il ruolo delle professioni infermieristica e ostetrica ha un peso importantissimo per gli outcome dei pazienti, per la promozione dell'equità e dell'inclusione. Lo dimostra il lavoro di Martina Comolatti, infermiera al Malattie Infettive del San Gerardo di Monza, impegnata letteralmente sulla strada con i test salivari HIV per le sex worker transgender. E Giuseppina Persico, che ha partecipato alla Missione Levante della Marina Militare, assistendo i bambini palestinesi vittime della guerra e un parto imprevisto sulla nave militare Vulcano. E lo testimonia anche Stefano Vismara, infermiere della Struttura Complessa di Areu, impegnato a garantire la migliore assistenza

possibile in situazioni di emergenza. Infine, al Policlinico di Milano, Morena Terraciano, responsabile dell'area ostetrico ginecologica, è riuscita con il suo team di lavoro ad attuare un progetto all'insegna dell'inclusività, accompagnando in tutte le fasi della gravidanza le mamme affette da sordità con un interprete della lingua dei segni. Un piccolo gesto, un grande cambiamento, per queste donne che per sapere se il figlio ha emesso il primo vagito devono guardare negli occhi l'ostetrica che le sta assistendo.

Inclusione, equità, salute e pace. Parole dal grande valore, che hanno vibrato nell'aula magna dell'Università Bicocca, facendo assaporare ai presenti la sensazione di essere parte attiva di un sistema virtuoso, in cui è davvero possibile agire per un mondo migliore. Sì, può sembrare utopico, ma forse questa volta non lo è.



Elisa Crotti

Direttore Responsabile
Italian Journal of Nursing
Editor-in-Chief
Italian Journal of Nursing

Algoritmo delle mie brame, chi è il più interessante del reame?

Algorithm on the wall, who is the most interesting of them all?

Mi occupo di comunicazione e a volte per lavoro mi capita di dovermi spingere nelle lande remote dei social network.

Confesso di avere pochissima confidenza con Tik Tok, che rimane appannaggio quasi esclusivo dei miei figli, ma con i tradizionalissimi Facebook, Instagram e LinkedIn ho spesso a che fare. Eppure, ne esco sempre stupita.

Come quella volta in cui il figlio di un'amica, 11 anni suonati, si apre con il consenso (ma bisognerebbe dire la connivenza) dei genitori un account fresco e nuovo, pubblica un video su una partita di calcio e, nel giro di 12 ore, raggiunge più di 2mila persone. Ogni volta che aggiornava la pagina, erano centinaia di visualizzazioni. Interessante, considerata la fatica che a volte dobbiamo fare per averne 200, di visualizzazioni.

Il segreto è presto svelato, e si chiama algoritmo.

È una parola, questa, che mette timore, vuoi perché gli algoritmi vengono spesso modificati e rimangono un segreto come la ricetta della Coca-Cola, vuoi perché l'idea che qualcosa orienti e governi il mio mondo mi genera un certo fastidio.

Ma, come per tutto quel che ci riguarda, conoscere è un primo modo per governare. Allora cerchiamo di fare un po' di luce sui misteri degli algoritmi dei social, pensandoli con una doppia visione. La prima, quella più tradizionale, che ci illustra come ottimizzare i nostri messaggi per renderli "appetibili" per l'algoritmo e quindi replicabili. Diciamo che qui abbiamo una logica di tipo commerciale: come diffondere il proprio messaggio. La seconda, quella più riflessiva, riguarda il senso e le conseguenze anche solo dell'esistenza degli algoritmi e del loro inconsapevole (?) modo di plasmare, modellare e dare forma ai nostri pensieri e di riflesso alla società.

È un viaggio affascinante, con un background cupo: uno scenario fantascientifico dove l'intelligenza artificiale, senza che quasi ce ne rendiamo conto, arriva a delineare i nostri pensieri.

Algoritmo, uno sconosciuto?

Ormai c'è un algoritmo per tutto: acquistare on-line, cercare informazioni, promuovere un evento, programmare una vacanza, scegliere un ristorante o arredare casa. Ogni nostro passo nella rete è governato da un algoritmo.



Anzi, a ben vedere non solo nella rete: pensate che anche alcuni lavoratori (i driver in primis) sono condizionati dall'algoritmo, che li premierà per velocità ed efficacia, e li penalizzerà in caso di performance non ritenute all'altezza.

Ma cos'è questo algoritmo? Potremmo definirlo come una serie di passi o istruzioni finiti e ben definiti, progettati per eseguire un compito o risolvere un problema specifico. Ad esempio, per trovare C devi fare $A+B$. Quindi prendi i due numeri A e B, sommalvi ed ecco che trovi C, ossia il tuo output. Questo è un algoritmo semplicissimo, ma ne abbiamo di più complessi. Quelli dei social sono costituiti da una serie di regole matematiche in grado di mostrare al pubblico risultati in linea con i loro interessi. Bene attenti, la parola chiave qui, come in tutto il mondo della comunicazione, non è "importante", ma "interessante". Si parla di interessi perché sono proprio quelli a essere considerati rilevanti per i social media. Semplificando, se guardo determinati contenuti, li commento o metto mi piace, l'algoritmo continuerà a propormi contenuti simili.

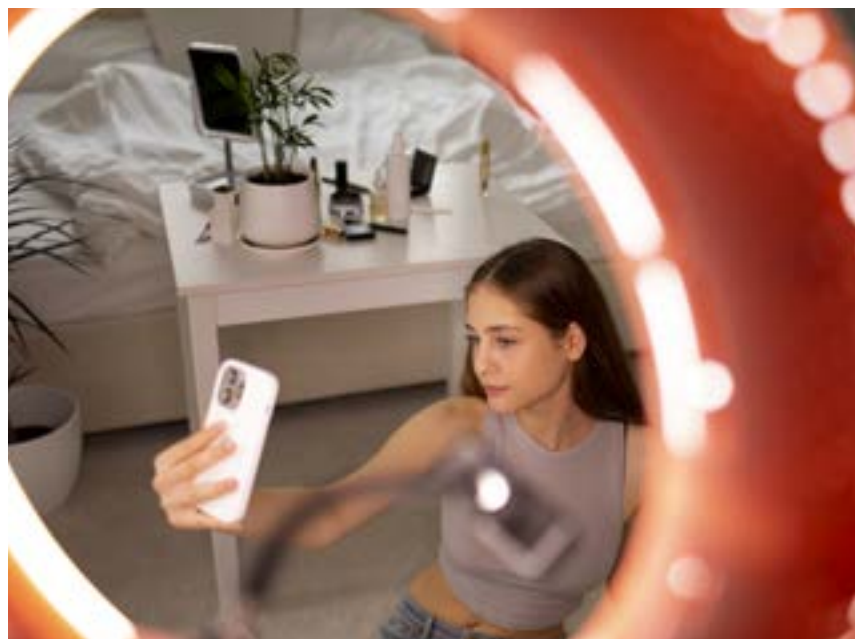
La motivazione è facilmente intuibile:

l'interesse mi terrà letteralmente incollato alla piattaforma. E mentre io continuerò a stare immerso nel mio mondo social, fornirò preziosissime informazioni, che verranno poi rivendute agli inserzionisti.

Tornando all'algoritmo, in linea generale il suo funzionamento è abbastanza semplice: ogni volta che pubblichiamo un contenuto, l'algoritmo della piattaforma lo fa vedere a una piccola parte dei follower. In base a come reagiscono i primi utenti, decide se "spegnere" il contenuto o promuoverlo, rendendolo visibile. Ed ecco spiegati le 2mila visualizzazioni del piccolo Jacopo.

Se la logica è sempre la stessa, ossia dare maggiore visibilità a un contenuto interessante (parola sulla quale si potrebbe scrivere un intero libro), è

vero poi che ogni piattaforma, proprio in virtù della sua natura, ha regole diverse. Non vorrei qui proporvi un trattato sugli algoritmi, ma dare un'idea di come muoversi nei vari territori, in considerazione del fatto che anche la comunicazione scientifica passa dai social e che un buon professionista della salute deve essere consapevole degli strumenti e dei canali che sta utilizzando.



Facebook e le sue 4 fasi

No, Facebook non è morto, e rimane tutt'oggi un canale molto interessante per una certa fascia d'età, ossia quella degli "anta".

Il suo algoritmo si struttura in 4 fasi: inventory, signals, prediction e score. Nella prima fase vengono raccolti tutti i contenuti pubblicati da amici, familiari, personaggi pubblici, gruppi e pagine che stiamo seguendo, per capire quali informazioni proporre nel feed.

Quindi ecco l'analisi dei segnali del contesto e del contenuto. Per il contesto viene analizzato il dispositivo con il quale ci si sta collegando, il tipo di connessione, ad esempio se in wifi o in 4G, e il luogo geografico dal quale ci si collega. Sulla base di queste tre informazioni, Facebook comincia a selezionare alcune notizie piuttosto che altre. Per il contenuto, l'algoritmo si pone alcune domande: chi ha pubblicato? È un profilo personale o è una pagina? Cosa è stato pubblicato? Quale formato è stato condiviso? Qui l'algoritmo cerca di capire se vale la pena o meno proporre questa informazione; quindi valuta le reazioni: l'algoritmo monitora i commenti e like, ma anche quante persone hanno nascosto o bannato il post. Analizza inoltre il tempo di permanenza e i link cliccati. Più like, commenti, condivisioni e click il post riceve, e più sarà promosso.

Raccolte tutte queste informazioni, l'algoritmo "predice" quali saranno i contenuti che potrebbero essere più interessanti per l'utente e, come ultima fase, rilascia un punteggio di qualità (score) per i contenuti in base all'analisi dei

segnali di contesto e di contenuto. Va da sé come i contenuti che hanno uno score più alto, vengano presentati all'interno della news feed. Ecco perché a volte non mettiamo il like al post dell'amico: semplicemente, l'algoritmo non ce l'ha fatto vedere.

Instagram: interesse, tempismo e relazione

Instagram ha voluto chiarire dettagliatamente con un comunicato stampa il funzionamento del suo algoritmo. Questo perché, se agli esordi il social network mostrava i post in ordine cronologico, oggi il feed è organizzato in base al criterio della pertinenza.

Secondo i dati di Instagram, prima di questa modifica gli utenti non riuscivano a visualizzare il 70% dei post complessivi e il 50% di quelli dei propri amici. Con la nuova versione dell'algoritmo, è stato dimostrato che ora gli utenti vedono il 90% dei post dei loro amici, oltre a quelli delle aziende che seguono.

Ma quali sono i fattori che influenzano la visione dei post dei "seguiti"? Si tratta di 3 concetti: interesse, tempismo e relazione.

Tutto parte dalla previsione da parte di Instagram del potenziale engagement di un contenuto pubblicato. Gli infermieri associano il concetto di engagement al paziente, in sostanza qui è la stessa cosa: quanto più la persona si sente coinvolta, motivata e parte del processo, tanto più il risultato è garantito. La valutazione dell'engagement viene effettuata attraverso l'intelligenza artificiale e la sua capacità di comprendere i contenuti simili in passato apprezzati dai singoli utenti (da qui il concetto di interesse).

Per misurare la relazione, l'algoritmo verifica il rapporto tra gli utenti, scegliendo di mostrare i post delle persone più vicine e calcolando le interazioni tra loro.

Un ultimo aspetto cruciale è dato infine dal tempismo, ovvero quanto recentemente un post, sia esso un video o una foto, è stato pubblicato. Anche se meno importante rispetto al passato, il fattore temporale continua a essere uno degli elementi chiave del nuovo algoritmo.

A questi tre criteri principali si aggiungono altri fattori minori come la frequenza di accesso all'app, il numero di persone seguite e la durata delle sessioni. Come sempre, ogni secondo che passiamo sulla piattaforma, regaliamo moltissime informazioni in merito ai nostri gusti. E questo determinerà il nostro futuro sui social.



LinkedIn: contenuti longevi con una buona progettazione

LinkedIn vanta una certa longevità dei contenuti, un aspetto non da poco, soprattutto se si considera quanto sforzo occorra per preparare un post ben confezionato e quanto poco questo sia visibile nella rete. Detto ciò, anche l'algoritmo di LinkedIn è studiato per mostrare tutti quei post che possono interessare all'utente.

Allo scopo, tiene conto di diversi fattori. Il primo è la cronologia dei contenuti postati, in termini di frequenza e qualità dei contenuti che un utente pubblica sul proprio profilo: più un utente pubblica contenuti rilevanti e di valore, più è probabile che il suo contenuto venga mostrato agli altri utenti. Qui la qualità premia.

La forza delle connessioni è un altro aspetto chiave: se un utente ha molte connessioni forti e interagisce regolarmente, aumentano le probabilità che i contenuti delle persone connesse vengano mostrati l'una all'altra. Alias, più sei connesso, più vali.

Ultimo aspetto è dato dal feedback: se un utente segnala un contenuto come spam o inappropriato, l'algoritmo potrebbe ridurre la visibilità di quel contenuto. Utente avvisato ...

Tik Tok, virale anche con 2 follower

Avremmo potuto illustrare gli algoritmi di altri social network come Twitter, Youtube o Pinterest, ma Tik Tok merita

una riflessione in più. Primo, perché è il social network più utilizzato dai giovanissimi, che stanno letteralmente plasmando i propri interessi su questa piattaforma, secondo perché è un social media fortemente dibattuto. Per Tik Tok più un contenuto verrà ritenuto interessante (sempre questa parola chiave) per un determinato utente, più gli verrà mostrato nella sezione dei "Per Te". A pesare sono, in particolar modo, gli hashtag. L'algoritmo, infatti, propone i contenuti che presentano gli hashtag più visualizzati (entro certi limiti, altrimenti vengono considerati come spam ed è subito shadowban).

Un altro elemento che influisce sulla visibilità è il tempo di riproduzione dei contenuti. Più i video verranno visualizzati fino alla fine, senza interruzioni, più aumenterà la possibilità che l'algoritmo decida di proporli agli utenti che hanno apprezzato prodotti e tendenze simili.

Anche le interazioni sono molto importanti e determinano ciò che TikTok decide di propinare all'utente. Like, commenti, condivisioni, hashtag e account seguiti fanno capire alla piattaforma ciò che più potrebbe essere apprezzato.

Hanno infine un peso le informazioni inserite nelle didascalie dei contenuti, che devono essere accurate e accattivanti. Anche le impostazioni dell'account, come la posizione geografica e la lingua, sono elementi che aiutano nella targhetizzazione degli utenti e permettono di mostrare gli stessi video a persone con caratteristiche simili.

Ciò che invece non influenza l'algoritmo di Tik Tok è il numero di follower di ogni account. La piattaforma non dà rilevanza a questo elemento, ma preferisce puntare sulla tipologia dei contenuti e sul livello di gradimento che ricevono i singoli video.

Fin qui sembra tutto "normale"

Abbiamo all'inizio sollevato la questione sul ruolo dell'algoritmo nelle nostre vite, sulla sua capacità di plasmare lentamente ma inesorabilmente le nostre posizioni. Analizzandone le caratteristiche, emerge come gli algoritmi dei social media rappresentino un calcolo matematico, quindi all'apparenza "neutrale"; ma la realtà non è esattamente questa.

Con un piccolo esperimento, il Wall Street Journal è stato in grado di verificare cosa il social Tik Tok mostra ai ragazzi. Mediante la creazione di alcuni account automatizzati (bot), il giornale, spacciandosi per ragazzino della fascia di età fra i 13 e i 15 anni, ha identificato una serie di potenziali pericoli.

Dal test emerge come in una circostanza Tik Tok avrebbe fornito, a un account registrato come tredicenne, 569 video sull'uso di droghe, dipendenza da cocaina e metanfetamine, nonché video promozionali relativi alla vendita online di prodotti farmaceutici. In altri 100 video ha invece raccomandato ai minori siti di pornografia a pagamento e sexy shop. E migliaia di altri video sono stati promossi, nonostante etichettati come "solo per adulti".

Spazzatura nello smartphone dei ragazzi, quindi? Abbastanza. Ma nessuno è escluso. In un circolo vizioso quasi distopico, l'interesse mostrato per un determinato contenuto in un frangente, in un singolo giorno o momento della nostra vita, genera altre proposte sempre sul medesimo argomento, in un costante giorno della marmotta che non ci lascia scampo. Che questo abbia un impatto su scelte e comportamenti è certo, quale sia la sua effettiva portata, è tutto da capire. Ne siamo consapevoli? Sì e no. Gli algoritmi cambiano, evolvono, si perfezionano sotto ai nostri occhi. La sensazione di pensarla tutti allo stesso modo, solo perché l'algoritmo ci propone persone, contenuti e fatti a noi affini, diventa una leva per non accettare chi ha una visione diversa. Dov'è lo spazio per il confronto, se ascolto sempre e solo voci simili alla mia? In tal senso, l'esperienza dei vaccini anti Covid-19 ha fatto scuola.

Come l'intelligenza artificiale citata in questo numero della rivista, l'algoritmo è una bella opportunità che nasconde un lato oscuro. Non dimentichiamolo, mai.



Laura Quaresemin

Infermiera medicina interna,
Ospedale dell'Angelo di
Mestre, ULSS 3 Serenissima

Maria Gabriella Procacci

Coordinatrice infermieristica
medicina interna, Ospedale
dell'Angelo di Mestre ULSS3
Serenissima

Prevenzione delle lesioni da pressione al tallone: il ruolo della formazione e della collaborazione tra OSS e infermieri

Prevention of heel pressure injuries: the role of training and collaboration between OSS and Nurses

INTRODUZIONE

Le lesioni da pressione (LDP) rappresentano una sfida rilevante nella cura dei pazienti ospedalizzati, in particolare per la gestione della cute del tallone, un'area particolarmente suscettibile.

Questo studio analizza l'importanza della prevenzione delle LDP al tallone attraverso la formazione e la collaborazione tra operatori sociosanitari (OSS) e infermieri presso l'Unità Operativa (U.O.) Medicina Sez.3 dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre (ULSS 3 Serenissima). L'obiettivo principale è migliorare la qualità dell'assistenza, integrando metodologie di prevenzione basate sulle più recenti evidenze scientifiche.

La cute del tallone è priva di ghiandole sebacee, una peculiarità che comporta una ridotta lubrificazione naturale, rendendola particolarmente predisposta a secchezza, frizione, scivolamento e pressione. Questa vulnerabilità aumenta con l'invecchiamento cutaneo e la presenza di patologie concomitanti (Tomova-Simitchieva T. et al., 2017). In pazienti fragili, il tallone rappresenta la seconda area più a rischio di sviluppo di LDP dopo il sacro (El Genedy M., 2020).

La prevenzione delle LDP al tallone è un processo multidimensionale che si basa sulle seguenti pratiche raccomandate dalla letteratura:

1. Ispezione cutanea giornaliera: monitorare quotidianamente la cute per identificare precocemente segni di arrossamento o altre alterazioni (Bellingeri A., 2023).
2. Trattamento della cute integra: utilizzare detergenti a pH neutro (compreso tra 4 e 6) per preservare l'integrità della barriera cutanea (Mona Baharestani et al., 2015).
3. Scelta di detergenti delicati: evitare prodotti contenenti agenti aggressivi come il sodi laurilsolfato, preferendo formulazioni inodore e incolore (Bellingeri A., 2023).



4. Sollevamento e supporto del tallone: usare dispositivi progettati per distribuire il peso lungo il polpaccio senza applicare pressione sul tendine d'Achille o sulla vena poplitea. Tali strumenti includono cuscini in gommapiuma e superfici di supporto specifiche (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019).
5. Supporto nutrizionale: effettuare uno screening nutrizionale precoce per garantire l'adeguata assunzione di nutrienti essenziali alla prevenzione e guarigione delle LDP, in stretta collaborazione con un dietologo (AISLeC, 2019).

L'OSS, operando in sinergia con l'infermiere, ricopre un ruolo fondamentale nella prevenzione delle LDP. Tra le sue competenze principali rientrano l'igiene personale, la somministrazione dei pasti e la mobilitazione dei pazienti, tutte attività essenziali per ridurre i fattori di rischio delle LDP (Bellingeri A., 2023).

L'OSS è spesso il primo professionista a entrare in contatto con il paziente, specialmente durante le pratiche di igiene quotidiana. Questo contatto diretto consente di individuare tempestivamente eventuali alterazioni cutanee, facilitando una risposta preventiva. Inoltre, l'OSS collabora con l'infermiere nella valutazione dei bisogni e delle condizioni del paziente, contribuendo all'implementazione delle strategie preventive più appropriate.

Le talloniere sono spesso considerate uno strumento di prevenzione principale, ma il loro uso indiscriminato può comportare un aumento dei costi operativi e uno spreco di risorse (Muntlin Athlin Å., 2016). L'integrazione di ulteriori strategie preventive, come l'igiene accurata e il monitoraggio nutrizionale, è cruciale per ottimizzare l'efficacia della prevenzione.

La prevenzione delle LDP al tallone richiede un approccio integrato che valorizzi la collaborazione tra OSS e infermieri, con un focus sull'educazione e sull'adozione di pratiche basate su evidenze scientifiche. L'OSS, grazie alla sua vicinanza quotidiana con i pazienti, svolge un ruolo chiave nell'individuazione precoce dei segni di rischio e nella realizzazione degli interventi preventivi, contribuendo a migliorare gli esiti clinici e la qualità della vita dei pazienti.



OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è promuovere un approccio integrato e collaborativo tra operatori sociosanitari (OSS) e infermieri nella prevenzione delle lesioni da pressione (LDP) al tallone, attraverso l'implementazione di strategie basate sulle evidenze scientifiche. In particolare, si mira a migliorare la formazione degli OSS, per favorire l'adozione di pratiche preventive multidimensionali che includano l'ispezione cutanea, il trattamento della cute integra, il sollevamento e il supporto del tallone, nonché il supporto nutrizionale.

METODI

Uno studio pilota è stato condotto presso l'Unità Operativa di Medicina Interna dell'Ospedale dell'Angelo (ULSS 3 Serenissima) tra febbraio e luglio 2023, con l'obiettivo di migliorare la formazione degli operatori sociosanitari (OSS) nella prevenzione delle lesioni da pressione (LDP) al tallone.

Il campione era costituito da 13 OSS, e il progetto è stato realizzato con il consenso della Direzione Sanitaria e della dirigenza dell'Unità Operativa. Lo studio si è articolato in diverse fasi:

- **Febbraio-marzo 2023:** osservazione preliminare delle pratiche di lavoro, individuazione delle criticità, e definizione dell'obiettivo di studio attraverso una ricerca bibliografica su banche dati scientifiche e manuali di wound care aggiornati al 2023.

- **Aprile 2023:** analisi del ruolo degli OSS tramite osservazioni dirette e discussioni strutturate, evidenziando come spesso gli OSS siano i primi a intervenire nella gestione del rischio di LDP. Sono state rilevate abitudini di utilizzo delle talloniere e registrati dati relativi alle scale di Barthel e Braden, utili per stratificare il rischio dei pazienti.
- **Maggio 2023:** intervento formativo mirato, in piccoli gruppi (3/4 persone), della durata di un'ora, incentrato su aspetti chiave della prevenzione delle LDP al tallone. Gli argomenti trattati hanno incluso anatomia del tallone, definizione e gestione delle pressioni, caratteristiche della cute del paziente fragile, tecniche di prevenzione basate sulla deterzione, idratazione e protezione della cute, metodi di scarico delle pressioni secondo le linee guida EPUAP 2019, e principi di supporto nutrizionale. Al termine della formazione gli infermieri, insieme agli OSS, si sono occupati della cura della cute integra del tallone.

L'intervento formativo ha enfatizzato il ruolo proattivo degli OSS nella prevenzione, sottolineando l'importanza di un approccio olistico al paziente per migliorare la qualità dell'assistenza e l'outcome clinico.

RISULTATI

Il 70% dei 13 operatori sociosanitari coinvolti nello studio ha un'anzianità lavorativa compresa tra 5 e 10 anni e lavora presso l'Unità Operativa di Medicina Interna da almeno 3 anni. Prima dell'intervento educativo, si è osservata una prassi diffusa tra gli OSS che consisteva nell'applicazione delle talloniere ai pazienti che presentavano una lesione da pressione al tallone di primo stadio. I risultati di questa analisi preliminare sono riportati nella figura 1.

Figura 1 – Situazione prima dell'intervento educativo

Nella figura 2 sono riportati i dati relativi al periodo successivo al corso di formazione, evidenziando una riduzione del 40% nell'utilizzo delle talloniere nei pazienti con lesioni al tallone al primo stadio rispetto alla fase pre-intervento educativo. Inoltre, si osserva un incremento nell'ap-

Figura 1

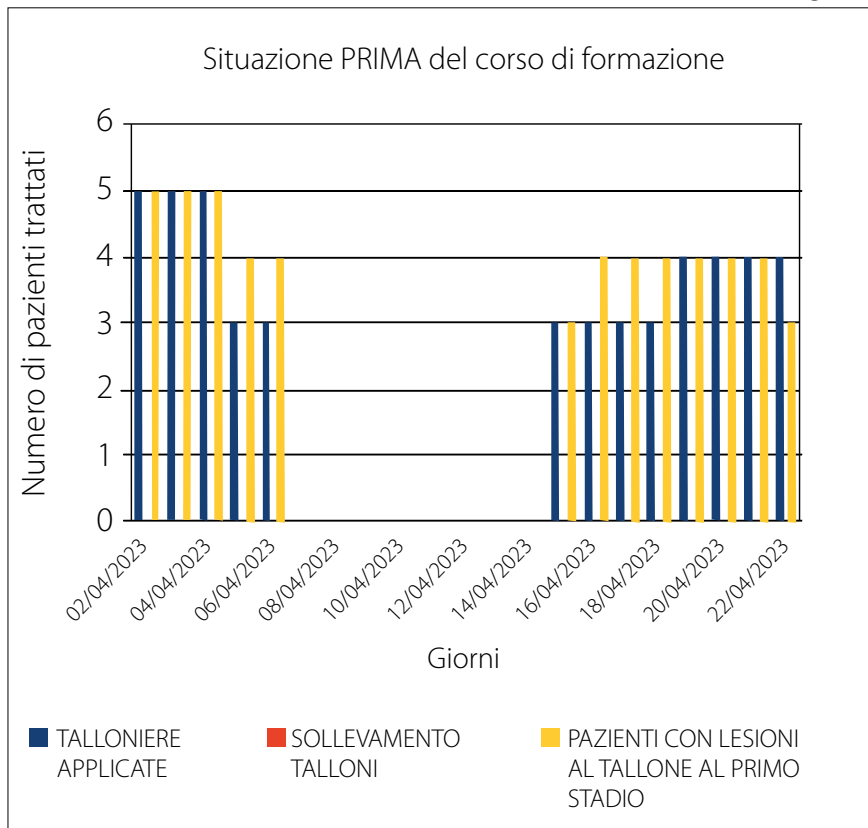
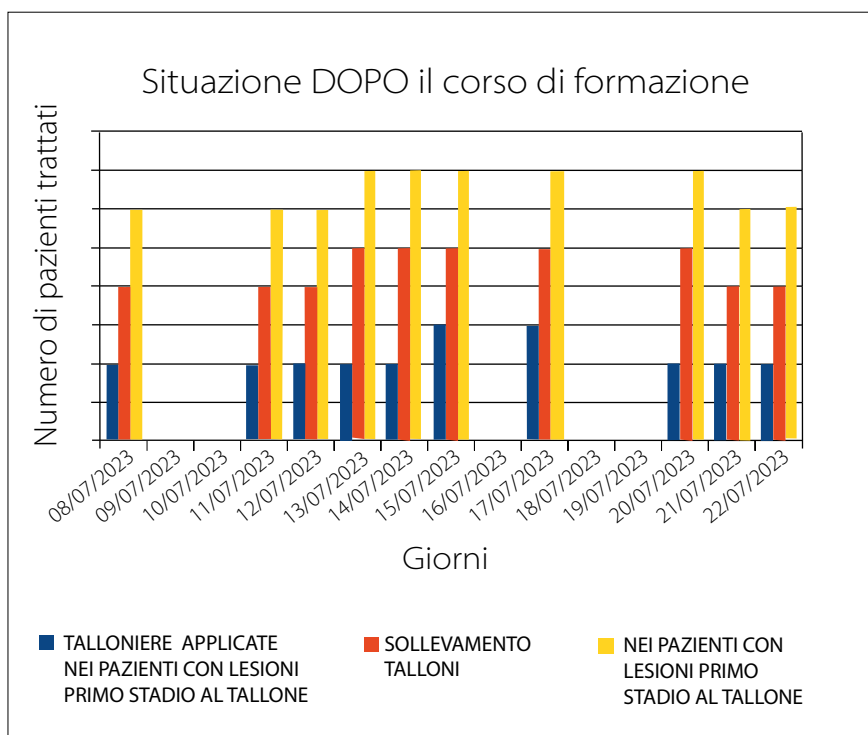


Figura 2



plicazione di un'altra tecnica preventiva raccomandata dalle linee guida EPUAP 2019, ovvero il sollevamento dei talloni.

Figura 2 – Situazione dopo dell'intervento educativo

Inoltre, il 100% degli OSS ha valutato il corso di formazione sulle lesioni da pressione al tallone come utile e formativo. Questo dato è stato raccolto attraverso un'indagine di customer satisfaction somministrata agli operatori al termine dello studio.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati dello studio sottolineano l'importanza della formazione degli operatori sociosanitari (OSS) nella prevenzione delle lesioni da pressione (LDP) al tallone, evidenziando come un intervento educativo mirato possa migliorare significativamente le pratiche assistenziali. La riduzione del 40% nell'uso delle talloniere nei pazienti con lesioni al tallone al primo stadio, osservata nel periodo post-formazione, dimostra un cambiamento positivo nell'approccio degli OSS, favorendo l'adozione di strategie preventive basate sulle evidenze scientifiche.

Tra queste strategie, il sollevamento dei talloni secondo le linee guida EPUAP 2019 si è rivelato una tecnica efficace, integrando l'approccio tradizionale con metodologie innovative per ridurre il rischio di pressione. Questo risultato suggerisce che un maggiore livello di

consapevolezza e conoscenze specifiche tra gli OSS possa tradursi in una prevenzione più olistica e personalizzata per ciascun paziente.

La centralità dell'OSS nella rilevazione precoce e nella gestione preventiva delle LDP è emersa come un elemento cruciale per migliorare l'assistenza. Prima della formazione, la pratica di applicare talloniere senza una valutazione multidimensionale era diffusa, riflettendo un approccio meno mirato e potenzialmente dispendioso in termini di risorse.

L'implementazione di un programma educativo ha permesso agli OSS di ampliare le proprie competenze, integrando tecniche come la valutazione nutrizionale e l'igiene mirata della

cute, che si sono dimostrate efficaci nel preservare l'integrità cutanea, anche se, in questo studio, non sono stati raccolti dati specifici sull'effettiva applicazione di queste pratiche nel periodo successivo alla formazione.

Questi risultati supportano l'idea che un approccio collaborativo e integrato tra OSS e infermieri sia fondamentale per ottimizzare la prevenzione delle LDP. Il coinvolgimento attivo degli OSS nella formazione e nell'applicazione delle linee guida ha dimostrato di migliorare sia la qualità dell'assistenza che l'efficienza organizzativa, contribuendo alla riduzione dei costi associati a un uso improprio dei dispositivi di prevenzione, come le talloniere.

La maggiore aderenza alle linee guida EPUAP 2019 dopo il corso di formazione rappresenta un ulteriore passo verso la standardizzazione delle pratiche assistenziali basate su evidenze scientifiche. In particolare, l'adozione di tecniche come il sollevamento dei talloni riflette un cambiamento positivo nella gestione preventiva, riducendo l'incidenza delle LDP e migliorando gli esiti clinici nei pazienti fragili.

In sintesi, lo studio evidenzia l'importanza di investire nella formazione continua degli OSS, che rappresentano una risorsa fondamentale per l'assistenza sanitaria. La prevenzione delle LDP al tallone non deve essere intesa come un intervento isolato, ma come parte di un approccio sistemico che integri competenze tecniche, valutazione clinica e collaborazione interprofessionale di cui l'infermiere rimane l'unico responsabile. Questi risultati possono costituire una base per ulteriori approfondimenti, mirati a consolidare e ampliare le pratiche preventive in altre realtà operative.



Francesco Ferroni

Infermiere di Anestesia e Rianimazione presso Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, Ancona. Dottore Magistrale in Management Sanitario. Referente locale ANIARTI Centro-Italia

Time management e assistenza infermieristica in area critica: miglioramento delle prestazioni lavorative e del benessere lavorativo personale

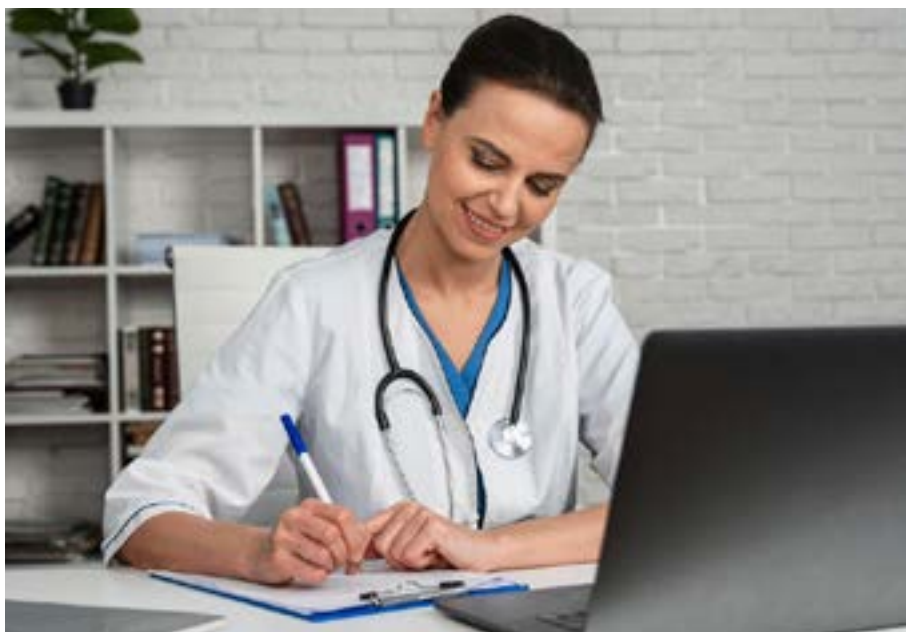
Time management and nursing care in critical areas: improving work performance and personal well-being

La **gestione del tempo** (*Time Management*) è fondamentale in molte professioni, ma riveste un'importanza particolare nel settore dell'assistenza infermieristica, dove la capacità di pianificare ed organizzare il tempo può avere un impatto significativo sulla qualità dell'assistenza e sul benessere del personale. Non riuscire a gestire al meglio i tempi lavorativi comporta

spesso una ridotta performance, ma anche un aumento dello stress e di conseguenza un'insoddisfazione lavorativa. Nel 2007 si introduce per la prima volta il concetto di **Time Management**, ovvero gestione del tempo, identificando alcuni elementi chiave che possono aiutare ad una migliore gestione del tempo. Gli interventi infermieristici in area critica sono spesso molto complessi e devono essere eseguiti in maniera attenta e spesso in tempi rapidi. Il professionista della salute che lavora nell'ambito dell'emergenza/urgenza deve coniugare efficienza e riduzione degli errori. Al centro della sua azione assistenziale vi è un paziente in condizioni di acuzie che ha bisogno di interventi nell'immediato.

TIME MANAGEMENT E STRATEGIE DI GESTIONE DEL TEMPO INFERMIERISTICO

Il time management è la capacità di pianificare e organizzare il tempo in modo efficace per massimizzare la produttività e raggiungere obiettivi specifici. In ambito infermieristico, ciò significa gestire le risorse e le attività quotidiane in modo da ottimizzare l'assistenza ai pazienti e ridurre lo stress e l'insoddisfazione lavorativa. Il time



management viene definito come una forma di processo decisionale utilizzata dagli individui per strutturare, proteggere e adattare il proprio tempo a condizioni mutevoli. Le strategie fondamentali nella **gestione del tempo infermieristico** si articolano attraverso pratiche mirate:

- *Distinguere tra ciò che è **importante** e **urgente** è cruciale per garantire la qualità dell'assistenza, concentrandosi sulle attività prioritarie.*
- *L'uso consapevole di **strumenti di pianificazione** come agende e applicazioni specifiche è prezioso nell'organizzare il lavoro in modo coerente e adattabile.*
- ***Assegnare attività con saggezza** consente agli infermieri di concentrarsi sulle attività più complesse, migliorando la qualità complessiva del lavoro.*
- *La **pianificazione olistica**, che considera ogni aspetto della filiera assistenziale, è fondamentale per una gestione del tempo efficace e completa.*
- *La **suddivisione dei progetti complessi** in fasi più gestibili favorisce una maggiore precisione e efficienza nell'operare.*
- *L'attribuzione di **attività specifiche** emerge come chiave del successo nell'assistenza infermieristica, permettendo una maggiore produttività e qualità dell'assistenza.*

EFFETTI DEL TIME MANAGEMENT

Gli studi sul Time Management presenti in letteratura sono tantissimi e tutti dimostrano che una corretta gestione del tempo è in grado di **migliorare le prestazioni lavorative**, i risultati e il **benessere lavorativo** personale. Un'efficace gestione del tempo può portare a numerosi benefici, tra cui:

- **Aumento della soddisfazione lavorativa:** una pianificazione adeguata consente di completare le attività in modo più efficiente, riducendo il carico di lavoro percepito e aumentando il senso di realizzazione.
- **Miglioramento del benessere personale:** gestire bene il tempo contribuisce a una vita lavorativa più equilibrata e soddisfacente, riducendo lo stress e migliorando la salute mentale e fisica.
- **Miglioramento della performance:** una migliore organizzazione consente di completare le attività in modo più preciso e tempestivo, migliorando la qualità dell'assistenza.

In ambito lavorativo, soprattutto chi lavora in area critica, gli studi dimostrano che il time management ha un impatto migliore sul benessere personale che sulla performance. Inoltre, dal punto di vista del benessere psico-fisico, il time management allevia diverse forme di disagio, soprattutto psicologico.



STRATEGIE DI TIME MANAGEMENT IN AMBITO ASSISTENZIALE

Per gli infermieri, la gestione del tempo può essere particolarmente sfidante a causa dei ritmi frenetici e delle numerose responsabilità.

Le seguenti strategie possono aiutare a migliorare la gestione del tempo:

- **Impostare promemoria e utilizzare elenchi:**
Creare elenchi di attività e impostare promemoria per evitare di dimenticare compiti importanti e scadenze.
- **Pianificare le attività e definire le priorità:**
*Stabilire le priorità delle attività, distinguendo tra ciò che è urgente e ciò che è importante. Utilizzare la **matrice di Eisenhower** può essere utile per categorizzare i compiti.*
- **Impostare un orario di fine per ogni attività:**
Allocare tempi specifici per ciascuna attività e rispettare questi tempi per evitare di prolungare eccessivamente le singole attività.
- **Evitare il multitasking:**
Concentrarsi su una singola attività alla volta per migliorare l'efficienza e ridurre gli errori.
- **Ridurre le interruzioni:**

Minimizzare le distrazioni e le interruzioni, chiedendo educatamente di non essere disturbati durante le attività cruciali, salvo emergenze.

- **Utilizzare l'attribuzione/delega:**

Assegnare attività appropriate meno complesse ai membri del team per liberare tempo per attività che richiedono competenze cliniche specifiche. È importante delegare il compito giusto alla persona giusta e monitorare il completamento delle attività.

COMPETENZE DELL'INFERMIERE PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL TEMPO IN AREA CRITICA

L'area critica si caratterizza per complessità e rapidità di interventi atti a sostenere le funzioni vitali dell'individuo in condizioni cliniche precarie. Il paziente critico presenta, infatti, condizioni tali da comprometterne la sopravvivenza a breve-medio termine; esso si trova in una situazione di instabilità clinica che necessita di alta intensità di cura, di un monitoraggio continuo e dell'utilizzo di procedure invasive che ne consentano la stabilizzazione. È doveroso, a tal fine, mettere in atto risposte assistenziali intensive e continue con tempestività. Tali criteri di azione si rendono necessari non solo per garantire la sopravvivenza della persona, ma anche per evitare l'insorgenza di complicanze tardive e, in questo modo, tendere alla migliore qualità di vita residua possibile per il paziente. Da qui emergono quelle competenze infermieristiche specialistiche che caratterizzano gli infermieri in area critica:

- **Organizzazione e delega:**
- **Organizzazione:** Mantenere un sistema di lavoro ben strutturato per gestire le attività e le risorse in modo efficiente. Rispetto di protocolli e procedure.
- **Attribuzione/delega:** Assegnare attività appropriate ai membri del team e supervisionare il loro completamento per garantire la qualità dell'assistenza.
- **Comunicazione efficace:**
Una comunicazione chiara e efficace riduce malintesi e interruzioni, facilitando un lavoro di squadra più produttivo e coeso specialmente nelle situazioni critiche per il paziente.
- **Pensiero critico:**
Permette di valutare e anticipare le esigenze dei pazienti in situazioni di instabilità clinica, ottimizzare i trattamenti e prevenire problemi potenziali, migliorando l'efficacia e la sicurezza dell'assistenza.
- **Competenze tecniche:**
Avere solide competenze tecniche riduce il tempo necessario per completare le procedure e diminuisce il rischio di errori, garantendo una cura più sicura e precisa.



CONCLUSIONI

Una buona gestione del tempo è essenziale per migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza infermieristica. Attraverso strategie di pianificazione, organizzazione e comunicazione, gli infermieri possono migliorare le loro prestazioni e il loro benessere, contribuendo così a un ambiente di lavoro più produttivo e soddisfacente. Perciò l'infermiere di area critica deve avere capacità decisionali ed essere in grado di agire tempestivamente, in particolare nella rilevazione e valutazione dei parametri vitali e nel loro monitoraggio nel tempo, in considerazione della possibile rapida precipitazione degli stessi.



Cinzia Gradellini

CG, RN PhD
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*
Department of Business Economics, Health and Social Care

Cesarina Prandi

(corresponding author)
CP, RN PhD
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*

Nicola Ramacciati

NR, RN PhD
Università della Calabria / *University of Calabria*

Monica Bianchi

MB, RN PhD
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*

Come gli studenti del Master of Science in Cure Infermieristiche descrivono il ruolo dell'*Advanced Practice Nurse* – uno studio qualitativo

How Master of Science Nursing Students See the Advanced Practice Nurse role. A qualitative study

ABSTRACT

Introduzione. Tra gli strumenti di valutazione dell'apprendimento, l'elaborato di tesi è da considerarsi il momento conclusivo del percorso formativo che valuta acquisizione di conoscenze e loro utilizzo, gestione della complessità, pensiero critico, condivisione/divulgazione delle conoscenze acquisite.

Nello specifico dei Master of Science in Cure Infermieristiche, tali elementi sono considerati fondamentali al fine di ricoprire il ruolo di professionista di pratica clinica avanzata.

Obiettivi. Analizzare come gli studenti che hanno completato il percorso di studi del Master of Science in Cure Infermieristiche vedono l'APN al fine di valutare l'acquisizione del modello sul cui si basa l'offerta formativa.

Metodi. Lo studio è di tipo qualitativo, di ricerca osservazionale documentaria sulle tesi degli studenti del Master.

Risultati. Tutti gli elaborati fanno riferimento alle differenti competenze del modello di riferimento, dimostrando piena conoscenza di: 1) pratica clinica avanzata; 2) ricerca; 3) formazione; 4) leadership clinica e specializzata; 5) lavoro in team interdisciplinare; 6) coaching (come professionista esperto); 7) processo presa decisioni etiche; 8) collaborazione allo sviluppo di politiche della salute.



Conclusioni. Se si considera la tesi come indicatore di apprendimento, dagli elaborati dei futuri professionisti APN emerge l'acquisizione delle competenze del modello proposto e la descrizione di un ruolo pronto per una svolta totalizzante che metterà l'infermiere in grado di rispondere alla crescente complessità multidimensionale caratterizzante i contesti di salute. Si parla, infatti dell'APN come del promotore di una nuova cultura professionale, non solo all'interno delle strutture, ma anche in contesti territoriali che si fanno carico delle fragilità, promuovendo autonomia e health literacy.

ABSTRACT EN

Introduction. Among the learning evaluation tools, the thesis is to be considered the final moment of the training course which evaluates the acquisition of knowledge and its use, management of complexity, critical thinking, sharing/dissemination of the knowledge acquired. Specifically for the Masters of Science in Nursing, these elements are considered fundamental in order to fulfill the role of advanced clinical practice professional.

Aims. Analyze how students who have completed the Master of Science in Nursing study path see the APN in order to evaluate the acquisition of the model on which the training offer is based.

Method. The study is qualitative, observational documentary research on the Master's students' theses.

Results. All documents refer to the different skills of the reference model, demonstrating full knowledge of: 1) advanced clinical practice; 2) research; 3) training; 4) clinical and specialized leadership; 5) interdisciplinary team work; 6) coaching (as an experienced professional); 7) ethical decision making process; 8) collaboration in the development of health policies.

Conclusions. If we consider the thesis as an indicator of learning, from the works of future APN professionals emerges the acquisition of the skills of the proposed model and the description of a role ready for an all-encompassing turning point that will enable the nurse to respond to the growing multidimensional complexity characterizing health contexts. In fact, the APN is spoken of as the promoter of a new professional culture, not only within the structures, but also in territorial contexts that take responsibility for fragilities, promoting autonomy and health literacy.

Parole chiave: Formazione infermieristica, advance practice nursing, tesi

Key words: Nursing education, Advanced Practice Nursing (APN), thesis

INTRODUZIONE

Gli strumenti di valutazione dell'apprendimento fanno parte delle strategie di ricerca qualitativa di tipo valutativo. Sono classificati in diverse tipologie, secondo criteri differenti (Coggi & Ricchiardi, 2005). Tra questi, l'elaborato di tesi è da considerarsi il momento conclusivo del percorso formativo che richiede uno scritto individuale, al fine di dimostrare acquisizione di conoscenze, capacità di integrare tali conoscenze, gestione della complessità, formulazione di giudizi e pensiero critico, condivisione/divulgazione delle conoscenze acquisite. In specifico dei Master of Science in Cure Infermieristiche, tali elementi sono considerati fondamentali al fine di poter proseguire gli studi e la ricerca (Ariso et al., 2016) oltre che per l'assunzione del ruolo come professionista di pratica clinica avanzata. Tra gli obiettivi correlati al percorso di tesi, emersi in letteratura, si riscontrano la dimostrazione che gli studenti siano in grado di comprendere i contenuti teorici, valutata attraverso: 1) profondità, ampiezza e critica dei contenuti; 2) coerenza teorica con il disegno e la domanda di ricerca; 3) discussione sistematica della teoria. Altri obiettivi considerati nella valutazione dell'elaborato risultano la coerenza di idee, concetti e linguaggio, i collegamenti tra letteratura e risultati con utilizzo sistematico della letteratura, una bibliografia sostanziale e recente (Kindgren et al., 2012). A questi, con particolare riferimento alle tesi di dottorato, si aggiunge la dimostrazione di conoscenze metacognitive, come il pensiero critico autonomo (Hodgson, 2020). Altri studi fanno riferimento al miglioramento delle soft-skill, quali la capacità di pianificare, implementare e riportare un progetto, argomentare con chiarezza espositiva nel momento di presentazione conclusiva, svolgere compiti avanzati, rispettando i tempi (Kindgren et al., 2012). Poiché l'elaborato di tesi richiede lo sviluppo di diverse competenze (Ariso et al., 2016), è riconosciuto come indicatore per la valutazione dell'offerta formativa (Akçay et al., 2018). Dalla letteratura, emergono differenze di valutazione, criteri, percorso, sia tra i singoli paesi, sia nelle diverse discipline (Ibidem), la mancanza di una valutazione sistemica dell'efficacia didattica dei percorsi formativi (Hajira et al., 2022; Hao et al., 2022; Nowell et al., 2022; Smith et al., 2022; Marcellus et al., 2021) e il suggerimento per l'utilizzo di strumenti specifici (Marcellus et al., 2021), tra cui la valutazione degli elaborati di tesi (Akçay et al., 2018). Nei Master of Science in Nursing, in coerenza con quanto in offerta formativa, si richiede anche che tale elaborato faccia riferimento alle competenze professionali avanzate proprie dell'Advanced Practice Nurse (APN) (Barca et al., 2021). L'APN è descritto come un professionista

con conoscenze e competenze avanzate, acquisite con percorso specifico, e descritte con il Modello di Hamric & Hanson (Tracy & O'Grady, 2019). Secondo questo modello, tali competenze riguardano: 1) pratica clinica avanzata; 2) ricerca; 3) formazione; 4) leadership clinica e specializzata; 5) lavoro in team interdisciplinare; 6) coaching (come professionista esperto); 7) processo presa decisioni etiche; 8) collaborazione allo sviluppo di politiche della salute (Barca et al., 2021; Tracy & O'Grady, 2019). Queste competenze rispondono all'evoluzione continua del contesto salute che richiede il coinvolgimento attivo degli infermieri nei ruoli di esperto, coach e leader: 1) nella clinica, con la definizione di nuovi paradigmi della cura e la promozione di qualità nei processi assistenziali; 2) nella formazione; 3) nella ricerca; 4) nella pianificazione strategica delle politiche della salute (Barca et al., 2021). Il ruolo dell'APN è riconosciuto e utilizzato in circa cinquanta paesi per rispondere al miglioramento dell'accesso alle cure, al miglioramento degli esiti di salute, alla riduzione dei tempi di attesa, alla presa in carico di gruppi specifici e fragili della popolazione, ma anche al contenimento dei costi. I paesi che investono particolarmente su tale figura sono: Australia, Corea, Hong Kong, Nuova Zelanda, Regno Unito, Stati Uniti e Taiwan. I paesi con più difficoltà sono caratterizzati da programmi di formazione infermieristica post-laurea poco sviluppati, oltre che da un basso numero di infermieri in relazione alla popolazione di riferimento (Parolisi, 2022). Al fine dell'inserimento dell'APN nei contesti, diventano necessari interventi normativi che ne riconoscano le competenze e la spendibilità. Tali elementi descrivono la professione infermieristica e, specificatamente, il ruolo dell'APN, come altamente qualificati che richiedono competenze avanzate e una relativa offerta formativa in grado di consentire agli infermieri di lavorare in piena autonomia, investendo nella pratica infermieristica avanzata (ICN, 2024).

OBIETTIVI

Il Corso di Master of Sciences in Cure Infermieristiche della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana è fortemente orientato al modello APN nella progettazione del piano di studi e nell'erogazione dei moduli didattici (Barca et al., 2021). Con il fine di valutare come gli studenti vedono l'APN, sul cui modello si basa l'offerta formativa, si sono analizzate le tesi della prima coorte di studenti che hanno completato il percorso di studi.



METODI

La metodologia dello studio viene descritta seguendo lo *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* (O'Brien et al., 2014).

Approccio qualitativo e paradigma di ricerca

Il metodo utilizzato per questo studio di tipo qualitativo è la ricerca osservazionale documentaria che permette di raccogliere materiale senza interferire con i dati e che implica un basso coinvolgimento del ricercatore responsabile della scelta di quali informazioni trattenere (Coggi & Ricchiardi, 2005).

Caratteristiche del ricercatore e riflessività

I ricercatori coinvolti sono docenti infermieri con esperienza pluriennale nel loro ambito di competenza; tutti hanno seguito un corso specifico di metodologia della ricerca qualitativa.

Strategia di campionamento

Il campione scelto è di convenienza, con analisi di tutti gli elaborati di tesi della I coorte di Studenti del Master in Cure Infermieristiche che hanno concluso il percorso (ottobre 2022).

Questioni etiche

Per questo studio è stata chiesta consulenza al Comitato Etico del Canton Ticino che si è espresso su una non necessità di valutazione specifica (non considerato human research). Tutti gli ex-studenti hanno rilasciato il consenso all'utilizzo degli elaborati ai fini della ricerca.

Metodi di raccolta e analisi dei dati

Il processo di analisi dei dati raccolti ha richiesto: (1) la familiarizzazione con i dati attraverso la lettura e rilettura dei materiali raccolti; (2) l'attribuzione di macro-temi iniziali per i quali si fa riferimento agli elementi del modello di Hamric & Hanson; (3) la ricerca di temi ricorrenti e significativi trasversali (Braun & Clarke, 2006).

Tecniche per migliorare l'attendibilità

Considerando la soggettività del metodo utilizzato in cui il ricercatore risulta unico responsabile della scelta di quali informazioni utilizzare, l'analisi tematica è stata svolta in modo indipendente da due ricercatori (Unal & Benzer, 2021). Al termine di questa fase, quattro tesi, selezionate in modo random, sono state analizzate da due valutatori esterni alla ricerca e confrontate con le analisi precedenti.

RISULTATI

Sono state analizzate integralmente le 19 tesi di tutti gli studenti della I coorte di Master of Science (SUPSI). Tutti gli elaborati trattano diverse competenze del modello di Hamric & Hanson e descrivono la figura di un professionista con competenze avanzate, certificate da percorsi di formazione. Di seguito si riportano i risultati raggruppati in codici semantici, insieme a un'ulteriore categoria che riguarda la descrizione specifica dell'APN.

Pratica Clinica

Molti sono gli aspetti riferiti alla pratica clinica avanzata che pongono il focus dell'assistenza sugli obiettivi, in applicazione della progettazione assistenziale (T1, T3, T5, T10, T11, T17), proponendo strumenti e/o modelli specifici di presa in carico (T1, T3, T5, T6, T7, T9, T10, T14), non sempre disponibili (T3). Viene riportata, infatti, *"l'importanza di avere modelli e strumenti condivisi per conoscere e affrontare la situazione clinico assistenziale del paziente"* (T3). Tra gli strumenti, si fa riferimento alla cartella informatizzata (T6, T7, T11, T18): *"descritta come un continuum in cui ogni singolo dato clinico può essere utilizzato in funzione dei bisogni dei vari operatori coinvolti"* (T11).

La promozione di un'assistenza di qualità risulta elemento cardine (T1, T2, T3, T9, T10, T11, T17), con attenzione alla valutazione congruente del processo assistenziale e degli esiti di salute (T1, T3, T5, T10, T18, T19), pur evidenziando una mancanza di strumenti di valutazione specifici (T3): l'infermiere con competenze avanzate diventa *"elemento favorente nel processo di presa a carico e condivisione dell'assistenza"* (T1) al paziente (T1, T2, T3, T9, T10), alla famiglia (T2, T3, T9, 10), alla comunità, lavorando con *"uno scopo condiviso volto al raggiungimento di un obiettivo comune che riguarda il paziente, il quale è al centro di una presa a carico globale"* (T1, ripreso da T2). L'approccio multidimensionale viene spesso menzionato come fondamentale (T3, T7, T11, T12), considerando competenze di assessment avanzate (T2, T10, T18) al fine di erogare un'assistenza appropriata, volta al recupero delle autonomie (T11) e alla garanzia di una continuità nelle cure (T5, T9, T10). Altri elementi riferiti sono l'applicazione delle evidenze scientifiche alla pratica clinica, intesa come *modus operandi* (T2, T7, T8, T10, T12, T15, T18), insieme alla consulenza infermieristica *"erogata dall'infermiere di pratica avanzata, mettendo in evidenza un processo bidirezionale nel dare e ricevere aiuto (...) che favorisce l'assunzione di responsabilità nel problem solving"* (T8, T9). Emerge, inoltre, l'attenzione alla sicurezza, con prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nella pratica clinica (T6, T9, T10, T16, T17). Ultimo, ma non per importanza, è quanto riferito a competenze avanzate nella comunicazione/relazione che accompagnano ogni aspetto di pratica infermieristica (T1, T2, T3, T6, T8, T9, T10, T14): *"L'ascolto e la relazione sono considerati come elementi importanti, che in alcuni momenti possono diventare anche terapeutici per il paziente"* (T3).

Ricerca

Con meno frequenza, ma comunque presenti, sono i riferimenti alla ricerca infermieristica (T2, T7, T8, T9, T10, T12, T15, T16, T17, T18), anche se tutti gli elaborati dimostrano l'attenzione e l'acquisizione delle competenze specifiche, in quanto progetti di ricerca coerenti e completi. Nello specifico di quanto riconosciuto all'APN, in tale ambito, viene riportata la capacità di promuovere/utilizzare *"strategie assistenziali basate sull'evidenza scientifica e sulla ricerca"* (T11), concetto ripreso in altre tesi (T2, T7, T8, T16, T18). Inoltre, l'APN *"può contribuire nell'implementazione della ricerca (...) anche a livello macro, coordinando progetti che mirano al miglioramento dell'assistenza, alla sicurezza dei residenti e alla prevenzione di eventi indesiderabili"* (T12, ripreso da T9, T16). Un elaborato riflette sul fatto che *"i professionisti coinvolti nella ricerca, riconoscono l'importanza di conciliare le diverse esigenze dei collaboratori coinvolti, nel rispetto delle rispettive competenze che devono essere ben note"* (T16), considerando un impatto della ricerca anche sul benessere del gruppo di lavoro (T16).

Formazione e Coaching

La formazione è un altro elemento molto frequente (T1, T2, T3, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T14, T15, T16, T17). Essa è considerata come *"strumento per garantire la continuità delle cure (...), per raggiungere un obiettivo comune, per guidare gli interventi di tutti i professionisti coinvolti"* (T1) e per l'aggiornamento delle competenze, in linea con il cambiamento del contesto di salute. Tra gli obiettivi preposti alla formazione si fa riferimento al sostegno del cambiamento culturale (T14, T15) *"da un approccio didattico frontale e basato su concetti pedagogici a un approccio basato sull'esperienza di malattia del paziente (...) attraverso il lavoro in gruppi multidisciplinari"* (T14), utilizzando e promuovendo l'Evidence Based Practice (EBP) (T2, T7, T8, T10, T15). La formazione, base e post-base *"permette l'acquisizione di specifiche conoscenze che promuovono l'applicazione del processo di EBP nei contesti clinici"* (T15). Alcuni lavori fanno riferimento alla necessità di una formazione specifica (T3, T9), nelle diverse aree cliniche (T14), come la geriatria (T11), l'oncologia (T2), le cure intense (T16). Si fa, inoltre, riferimento al Master of Sciences (T2, T6, T9, T10), o al dottorato come percorsi di studio necessari alla formazione dell'infermiere con competenze avanzate (T6, T9). Un aspetto suggerito nei percorsi universitari è la promozione di offerte didattiche interprofessionali che possano supportare tale approccio (T2, T6). Spesso è riportato il ruolo di APN come formatore (T2, T9, T11, T12) e come coach (T2, T7, T8, T9, T12), a garanzia dell'aggiornamento delle competenze, con *"ruolo di mentore, di tutor e di supervisore degli altri colleghi"* (T2). Un elaborato propone una riflessione sull'attività di coaching: *"la competenza a volte è racchiusa nel sapere tacito che è tipica del professionista esperto e che non è facile esplicitare. Il professionista esperto non riesce sempre da esplicitare tutto il processo che lo ha portato a identificare una situazione e ad affrontarla (...) il suo procedere, utilizzando anche l'intuito che poggia sulla enorme esperienza, rende difficile, a volte, la narrazione che invece sarebbe utilissima ai colleghi meno esperti"* (T3). Inoltre, esperienza e competenze avanzate *"permettono di perfezionare teorie o concetti precostituiti, aggiungendo sfumature o gradi di differenza alla teoria stessa (...). È proprio il dialogo clinico con la teoria che rende i perfezionamenti possibili, all'infermiere esperto"* (T3). Altro aspetto suggerito nell'attività di coaching è l'importanza di *"condividere i propri vissuti e sentimenti, soprattutto essere affiancati da persone e leader trasformativi sensibili capaci di cogliere disagi, prendersi cura dell'altro, motivandolo e valorizzandone i risultati"* (T8). Insieme alla formazione di competenze avanzate occorre considerare anche la valutazione di processo educativo, contesto e metodiche didattiche, ma soprattutto delle competenze acquisite, creando la possibilità per il discente di auto-valutare e monitorare, con strumenti specifici, le competenze maturate in formazione (T14).

Leadership

Sono presenti molteplici riferimenti alla leadership (T1, T4, T7, T9, T10, T11, T16, T17, T19), considerata elemento cardine, a garanzia di collaborazione interprofessionale (T1, T16), comunicazione efficace e di disponibilità delle risorse necessarie (T1, T16).

Il leader viene descritto come *"figura super partes che ha tra i suoi obiettivi l'elevazione della cultura infermieristica"* (T16), oltre che *"un ruolo cardine in tutte le diverse fasi del percorso di implementazione della figura dell'APN, a partire da un mandato istituzionale forte"* (T16, ripreso da T9). Tra le funzioni riconosciute al leader, emergono *"la produttività, il sostegno al cambiamento, la creazione di nuovi ruoli e l'approvazione di altri, il coinvolgimento dei collaboratori (...) nell'ottica della valorizzazione dei talenti"* (T4). Con una visione più ampia di funzioni e responsabilità del leader, si parla di: 1) sostegno al cambiamento (T4, T6, T7, T8, T9, T19); 2) confronto e accessibilità del leader *"scavalcando le gerarchie"* (T4, T6, T8); 3) valorizzazione delle persone/team, creando *"ambienti nei quali le persone possono essere riconosciute"* (T4, T6, T9); 4) capacità empatica *"il leader si interessa al gruppo sia nel momento del bisogno, sia per celebrare i successi, è attento al benessere"* (T4, T6); 5) gestione dei conflitti (T4, T6, T19); 6) cultura del feedback; 7) valutazione della performance del team (T4, T6, T19); 8) consolidamento dei modelli di governance (T4, T8); 9) condivisione delle informazioni (T4, T6, T9, T17); 10) approccio etico (T4); 11) promozione *"dell'impegno lavorativo come espressione della personalità del singolo"* (T4, T8, T9); 12) sviluppo e integrazione di conoscenze (T4, T6, T7, T8, T9); 13) costruzione di mission/vision e presa di decisioni condivise *"in linea con la caratteristica dell'adaptive leader che coinvolge, che ha una visione sistemica e condivisa bottom up e con il leader trasformativo che dà feedback e condivide visione e valori"* (T4, ripreso da T6, T8, T9). Ultimi elementi, ma non per importanza, risultano autoriflessione e autogestione che promuovono consapevolezza (organizzativa e del sé) e autocontrollo nel leader (T4). *"Devono accompagnare i collaboratori verso il raggiungimento degli obiettivi e ciò richiede una visione molto chiara; devono illuminare le persone sul motivo del cambiamento; devono ascoltare, sfidare, influenzare e affermare come si vuole riorganizzare l'istituzione nel futuro. Difatti l'intento di questo elemento del modello non è più solo quello di risolvere i vari problemi, correggere i sistemi danneggiati e responsabilizzare il personale, ma in realtà lo stile dovrebbe trasformare le organizzazioni"* (T9). *"La percezione prevalente è dunque quella*

che il leader metta in atto degli standard elevati di performance lavorativa sia per il gruppo dei quadri infermieristici sia tra pari, lavorando duramente ed essendo un esempio" (T4).

Team Interdisciplinare

Spesso, negli elaborati, si fa riferimento a obiettivi, esiti di salute e qualità nelle cure condivisi con il team interdisciplinare (T1, T2, T3, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T12, T13, T14, T16, T17), aprendo a questo altro elemento del modello, in cui *"il team di professionisti (ognuno per il suo ambito di competenza)" (T1)*, insieme al paziente (T3, T6), collaborano all'intero processo assistenziale, inteso come *"il processo standardizzato interdisciplinare per lo sviluppo del piano di cura" (T1)*. *"Vi è la necessità di integrare, come parte attiva e principale, il paziente, la famiglia o la comunità come membro/i esperto/i delle cure che necessita/necessitano di ricevere, in tal senso il coinvolgimento diventa parte integrante della collaborazione interprofessionale" (T6, ripreso da T17).*

Viene riconosciuto che *"la collaborazione interprofessionale ha degli esiti positivi nella cura del paziente "quando eseguita in modo ottimale, perché permette di avere una visione più completa dei bisogni e una valutazione clinica più ampia data da più professionisti" (T6)*, nonostante si riconosca ancora un importante imprinting medico-centrico (T6, T8, T9). Inoltre, il lavoro interdisciplinare diminuisce *"le complicità, la durata della degenza, le riammissioni in ospedale, gli errori clinici e il tasso di mortalità" (T6)*. Il lavoro in team interdisciplinare viene considerato anche in relazione a contesti specifici di elevata fragilità (anziano, domicilio) (T5, T10, T11, T17) e/o complessità (Cure intense/T16, T18; Oncologia e Cure Palliative/T2-T3; chirurgia specialistica/T6).

"La collaborazione interprofessionale è riconosciuta già da un decennio quale strumento per migliorare l'assistenza sanitaria a diversi livelli, migliorando l'efficienza, riducendo i costi, favorendo un approccio olistico alle cure, gli esiti di cura e la soddisfazione tra pazienti e operatori sanitari" (T2). Da più elaborati emerge che, per il raggiungimento degli obiettivi precedentemente menzionati, è fondamentale che i gruppi di lavoro abbiano una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità (T3, T6, T8, T9, T10), *"un orientamento al coinvolgimento e al benessere del paziente e dei suoi familiari, un buon funzionamento del team (regole, comunicazione, leadership) e valori condivisi" (T3, T10)*. Oltre a ciò, emerge che *"esperienza e competenza dell'infermiere sono un primo fattore che può modificare l'esercizio e la percezione del suo ruolo all'interno del gruppo interprofessionale" (T3)*. Inoltre, viene riportato che *"malgrado i ruoli clinici siano presenti da diversi anni (...), ad oggi vi è ancora confusione rispetto ai campi d'azione e al contributo che tali figure possono fornire nella cura del paziente" (T8)*. Più in generale, parlando di team, si pone l'attenzione alla cura del gruppo di lavoro (T3, T6, T8, T12), considerando *"un team sano come un team felice" (T13)*. L'aspetto delle competenze relazionali costituisce senza dubbio un ponte tra tutte le categorie precedentemente esplorate, riflettendo anche su specifiche interessanti come la self-compassion che *"permette di sentire il dolore, proprio e degli altri, senza esserne sopraffatti. Un gruppo di professionisti che promuove sane relazioni sa gestire consapevolmente le proprie diversità, inadeguatezze ed emozioni, è in grado di comunicare i propri bisogni in modo consapevole (...), per costruire sane relazioni è necessario un dialogo aperto e sincero anche nei momenti caratterizzati da stress, da forti emozioni o conflitti" (T13)*. *"Lavorare insieme per il benessere del paziente (...), l'importanza della collaborazione sulla qualità delle cure, la sicurezza del paziente e gli outcome" (T16, ripreso da T9)*. Si fa riferimento a un *"rapporto di tipo diadico in cui la cura del paziente migliora, grazie una consolidata relazione collaborativa interprofessionale, nel rispetto reciproco per i ruoli e le responsabilità di ciascuno" (T16)*. I benefici attesi sul singolo membro dell'equipe hanno azione positiva su tutto il team (T16). *"Un clima di lavoro positivo deriva da come le persone si relazionano e si prendono a vicenda, dando vita ad una sintonia tra curanti con un conseguente impatto positivo sulle qualità delle cure prestate ai pazienti" (T8)*. Un elaborato esprime una riflessione sulla teoria dell'adattamento decisionale dinamico che parte dai concetti di identità professionale e adatta-



mento reciproco: *"in un sistema complesso e multifattoriale, con una chiara e consapevole identità professionale, l'infermiere avrà più possibilità di precisare il proprio contributo professionale all'interno dell'équipe multi-professionale, così come gli esiti della sua azione verso i pazienti e i loro familiari. Con una identità poco chiara e consapevole, al contrario, vi saranno minori probabilità di precisare il proprio specifico contributo professionale nel team interprofessionale"* (T3). Sempre in considerazione dell'identità professionale, il rischio di poca consapevolezza in merito *"porta gli infermieri a formulare proposte di sviluppo professionale unicamente con carattere di trasversalità, quali la capacità di saper stringere alleanze e il poter lavorare in un clima organizzativo positivo, con una reale fiducia reciproca fra tutti i professionisti coinvolti"*, ma a scapito dell'utilizzo a pieno delle competenze specifiche (T3). Come precedentemente riportato, la comunicazione riveste un ruolo fondamentale anche in termini di lavoro in team (T4, T6, T8, T9, T10) ed è, infatti, riportata tra gli elementi che influenzano la collaborazione interprofessionale: *"la comunicazione diviene una competenza fondamentale (...) tra i professionisti e tra il paziente e la sua famiglia"* (T6), ma risulta essere punto di debolezza *"in quanto vi sono difficoltà nel passaggio di informazioni, tra i vari professionisti nell'esprimere la propria opinione e nell'accogliere l'opinione degli altri"* (T8). *"Instaurare una relazione professionale basata sulla fiducia e sulla trasparenza favorisce altresì una collaborazione efficace a livello interprofessionale"* (T8).

Processo presa di decisioni etiche

Alcuni elaborati fanno riferimento al processo etico di decision making (T1, T2, T3, T14) con attenzione a erogare le migliori cure possibili, ma anche con attenzione al coinvolgimento della persona e della famiglia nella presa di decisioni (T1, T2, T3, T5, T6, T14, T19): *"dando la possibilità al paziente di gestire la propria documentazione e di strutturarla secondo le sue esigenze e i suoi bisogni, consente al paziente di vivere l'esperienza non come una costrizione, ma piuttosto come l'opportunità assumere il controllo del proprio stato di salute"* (T14). *"Il paziente e la sua famiglia dovrebbero avere un ruolo attivo all'interno del sistema sanitario ed essere dunque partecipi nelle decisioni che riguardano la propria salute"* (T6). Altro aspetto che può essere considerato nella dimensione etica è l'advocacy (T2, T3, T8) che emerge in una logica di *"farsi portavoce delle preferenze del paziente, condividendo con gli altri professionisti la responsabilità nella definizione della proposta terapeutica"* (T2). *"Il paziente necessita di sviluppare competenze, consapevolezza rispetto al suo stato di salute e acquisire conoscenze per poter essere parte attiva del suo processo di cura"* (T6).



Sviluppo di politiche della salute

Meno frequente è l'aspetto correlato alla collaborazione allo sviluppo delle politiche della salute (T1, T4, T17) *"per contribuire alla costruzione di un sistema sanitario in cui è possibile osservare un miglioramento dei risultati"* (T1) e per coerenza con gli obiettivi di salute nazionali, in linea con le molte variabili che li caratterizzano (T4). *"Negli ultimi anni la professione infermieristica e l'evoluzione dei sistemi sanitari hanno avuto un grande sviluppo, conseguente all'invecchiamento della popolazione e alla definizione di nuovi bisogni assistenziali. Queste motivazioni hanno portato alla necessità dello sviluppo di nuovi ruoli in ambito infermieristico. In Ticino, così come in altri cantoni della Svizzera, sono stati sviluppati modelli di assistenza basati sul coordinamento e la continuità delle cure, e il supporto all'autogestione e la collaborazione interprofessionale"* (T8). L'aspetto della continuità è ripreso nei termini di: *"supportare la transizione in corso del sistema sanitario dalle cure acute al continuum delle cure"* (T9). Sempre in termini di attenzione globale al contesto di salute si auspica *"l'introduzione di ruoli APN per i cambiamenti socio demografici che il nostro paese attraversa: l'invecchiamento della popolazione, la necessità di una migliore promozione della salute, la prevenzione e gestione delle malattie croniche, la riforma dell'assistenza sanitaria primaria, la carenza di personale sanitario e l'aumento dei costi sanitari"* (T9, concetto ripreso in T10, T17). Uno degli aspetti riportati è l'importanza della Health Literacy, al fine di creare competenze della persona e della cittadinanza *"per mantenere una buona qualità di vita"* (T14).

L'APN

Quasi tutti gli elaborati fanno specifico riferimento al ruolo dell'APN (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T16, T17, T18) come *"promotore della collaborazione interprofessionale e come professionista che coordina il team di lavoro, per migliorare i risultati di cura dell'assistito"* (T1). Inoltre, *"l'introduzione dell'APN risponderebbe al futuro sviluppo delle cure, sempre più complesse e in rapida evoluzione e alla necessità di seguire la ricerca, anch'essa sempre in rapido sviluppo"* (T16). L'APN è considerato anche come *"promotore di una nuova cultura professionale all'interno delle strutture sanitarie, centrata sulla cura al paziente anziano e sul miglioramento della qualità delle cure, favorendo, conseguentemente, il riconoscimento del suo ruolo clinico come fondamentale per attuare cure di alta qualità"* (T11). Questo aspetto di crescita ed evoluzione di una cultura infermieristica è riportato in altri elaborati (T17, T16). *"Tra le altre caratteristiche peculiari, affiorano: l'abilità nello spiegare e applicare il teorico, l'empirico, l'etico e i fondamenti esperienziali della pratica infermieristica, le competenze avanzate nella valutazione, nel giudizio e nel prendere decisioni"* (T10). Tale ruolo viene descritto come elemento di *"integrazione della pratica clinica con le responsabilità per l'educazione, la leadership organizzativa, lo sviluppo professionale, la pratica basata sull'evidenza e sulla ricerca"* (T16) e vengono individuati alcuni outcome legati alla sua presenza nelle organizzazioni: *"l'implementazione dell'infermiere di pratica clinica avanzata si traduce in una riduzione della degenza ospedaliera, delle riammissioni e delle visite in regime di urgenza, quindi una diminuzione dei costi"* (T9). Un elaborato fa, inoltre, riferimento a un incremento *"della soddisfazione da parte del paziente e della famiglia quando vi è una presa in carico da parte dell'infermiere APN"* (T9). Considerando l'ambito dell'innovazione e ricerca, l'APN è descritto come l'infermiere che *"possiede competenze nel fare ricerca e nell'esaminarla criticamente, adottando tecniche di mobilitazione della conoscenza, ai fini di promuovere/implementare pratiche infermieristiche aggiornate alle più recenti teorie, identificando e guidando processi di miglioramento della qualità, collegato anche ad una leadership influente e, alla capacità di gestire il cambiamento con lo scopo di migliorare i risultati degli assistiti, dell'organizzazione e del sistema"* (T10). Nello suo ruolo di leader, l'APN viene riferito allo stile che implica: *"la guida e il coaching; la collaborazione; un approccio etico e di presa di decisioni condivisa; l'implementazione di una pratica clinica basata sulle evidenze; gli aspetti di politica sanitaria e di business coerenti alla missione, alla visione dell'azienda e alla legislazione di Cantone e Confederazione; la valutazione delle proprie performance, quelle dei collaboratori e gli outcome su pazienti e familiari"* (T4). Un elaborato fa riferimento alle caratteristiche individuali dell'APN: *"dev'essere una persona umile, capace di confrontarsi, che ha voglia di imparare e che possiede delle soft skills adeguate alla presa in carico dei pazienti"* (T9). Nonostante l'importanza riconosciuta viene segnalato che nei contesti di riferimento *"non sono presenti infermieri che posseggono tali requisiti"* (T2) confermato da T3). Per tale ragione, alcuni elaborati (T2, T9, T17) ipotizzano strategie di inserimento e di implementazione di questa figura all'interno dei contesti di salute, con analisi degli elementi favorenti e ostacolanti il processo stesso: *"L'aspetto che è stato ritenuto prioritario per agevolare l'inserimento è quello di chiarire a livello delle Direzioni il ruolo, le competenze, i possibili ambiti di applicazione e le possibili responsabilità che l'APN è in grado di assumere (...) per mitigare aspetti quali l'ambiguità del ruolo. (...). Per tutelare l'operato sono necessari un mandato chiaro, la descrizione di funzione (...), un piano di sviluppo formativo"* (T2). La chiara definizione di ruoli e responsabilità è un elemento emerso in altri elaborati (T2, T3, T9, T10, T16, T17), insieme alla necessità di uno *"sviluppo del ruolo infermieristico attraverso un ampliamento delle conoscenze/competenze dell'infermiere in senso disciplinare"* (T3). Pur evidenziando che *"non esiste un modello di riferimento per l'introduzione dell'infermiere APN"* (T9), la necessità di un chiaro progetto di implementazione, gestita dal coordinatore del contesto di riferimento, è ripresa in più elaborati (T2, T3, T9, T10, T16, T17), con consapevolezza che *"una mancanza di progetto e una pianificazione inadeguata porta a modelli di APN insoddisfacenti"* (T9). Inoltre, nel lavoro su tale progetto, *"è auspicabile avere dati informativi che permettono di confrontarsi con realtà che hanno già sperimentato la figura (...), dati fondamentali per lo sviluppo di un approccio ponderato e strategico ai nuovi sistemi di erogazione delle cure"* (T9), a partire da un'analisi del contesto e dei costi, gestita con approccio interdisciplinare (T9). Si evidenziano barriere all'implementazione di tale figura nei servizi di salute, come la scarsa accettazione da parte del team (T9, T10) *"alcuni membri risultano riluttanti o addirittura rifiutano di lavorare in collaborazione con l'APN, evitando la condivisione di informazioni utili per la presa in carico dei pazienti"* (T9) e la mancanza di una regolamentazione nazionale del ruolo specifica e univoca (T9, T10), *"fondamentale per l'identità, la struttura e il tipo di prestazioni che può offrire"* (T9). In considerazione delle difficoltà di inserimento del ruolo nei contesti di salute, viene proposto un coinvolgimento delle politiche nazionali *"al fine di sensibilizzare quanto attiene alle decisioni e alla pianificazione dei ruoli, alle funzioni, ai modelli di utilizzo e ai percorsi di carriera, è di fondamentale importanza fornire dei dati concreti su questa categoria di professionisti sanitari"* (T10). Le aree cliniche in cui viene riferita la specifica necessità dell'APN sono la geriatria (T11), oncologia (T2, T17) cure palliative (T3), territorio/domicilio (T5, T7), cure intense (T16), psichiatria (T18).

DISCUSSIONE

Tutti gli elaborati fanno riferimento alle competenze del modello di Hamric & Hanson (alcuni in modo completo) oltre che alla figura dell'APN (Barca et al., 2021; Tracy & O'Grady, 2019). Il ruolo e le competenze di questa figura appaiono molto chiare in tutti gli elementi che li caratterizzano, a partire dalla leadership che vede l'APN promotore della collaborazione interprofessionale e coinvolto, oltre che trainante, i risultati di cura dell'assistito. Nonostante coordinamento e leadership appaiono come elementi fondanti, a promozione della formazione continua e della ricerca, resta una forte attenzione alla clinica, sulla persona e sulla comunità. Se nella dimensione della clinica viene sottolineata l'imprescindibilità di un'assistenza basata sui risultati di ricerca e su una progettazione volta al raggiungimento di obiettivi che diventano esiti di salute, l'attenzione alla persona vede l'APN nel suo più nobile ruolo di advocacy. Tale elemento risulta principio fondamentale per l'assistenza e implica il farsi garante della persona al fine di renderla autonoma in scelte di salute consapevoli, supportando i suoi diritti e promuovendo l'etica della professione (Herion et al., 2019). Dagli elaborati dei (possibili) futuri professionisti APN emergono elementi che descrivono senza dubbio la professione come pronta per una svolta totalizzante che metterà l'infermiere in grado di rispondere alla crescente complessità multidimensionale caratterizzante i contesti di salute. Si parla, infatti dell'APN come del promotore di una nuova cultura professionale, non solo all'interno delle strutture, ma anche in contesti territoriali che si fanno carico delle fragilità, promuovendo autonomia e health literacy. Dalle tesi emerge un'attenzione imprescindibile alla qualità di vita e di assistenza, con coinvolgimento degli infermieri nella programmazione sanitaria e nella presa di decisioni in ambito di politiche della salute, proprio perché diretto responsabile dell'assistenza. Se, come riportato in letteratura, l'elaborato di tesi risulta indicatore di apprendimento e dell'offerta formativa erogata (Kindgren et al., 2012), i risultati dello studio dimostrano un elevato livello di conoscenza e di capacità di elaborazione critica di quanto acquisito nel percorso formativo. Gli elaborati dimostrano comprensione degli elementi teorici al punto di riuscire a rielaborarli (Akca et al., 2018) e a pensarli/applicarli a contesti specifici di clinica, formazione e ricerca.

LIMITI

Anche se si è considerata come raggiunta la saturazione dei dati per ricchezza degli elementi emersi, in riferimento al modello di Hamric & Hanson, un numero più ampio di elaborati potrebbe portare valore aggiunto ai risultati. Considerando l'approccio qualitativo, si potrebbe pensare a un ampliamento della ricerca con analisi della coorte successiva di studenti del Master. I risultati non possono essere considerati generalizzabili, ma possono essere suggerimento per altri contesti didattici, in una logica di sistematizzazione dei processi di valutazione delle offerte formative.

CONCLUSIONI

Le tesi analizzate dimostrano un elevato livello di conoscenza delle competenze dell'APN, indicate dal Modello di Hamric & Hanson, su cui si basa l'offerta formativa del Master of Science in Cure Infermieristiche, contesto della ricerca. Da tutti gli elaborati emerge coerenza al modello proposto, con capacità di elaborazione e utilizzo dei concetti stessi a specifici contesti professionali. L'APN viene descritto come figura altamente qualificata che richiede competenze avanzate e un percorso di formazione che sia all'altezza dell'atteso. Considerando come la figura dell'APN viene descritta e considerata in possibili scenari futuri di sviluppo della professione, l'offerta formativa sembra rispondere pienamente a quanto proposto dal piano di studi. Se si considera la tesi come indicatore di apprendimento, dagli elaborati dei (possibili) futuri professionisti APN emergono elementi che descrivono l'acquisizione delle competenze del modello proposto e descrivono un ruolo pronto per una svolta totalizzante che metterà l'infermiere in grado di rispondere alla crescente complessità multidimensionale caratterizzante i contesti di salute. Si parla, infatti dell'APN come del promotore di una nuova cultura professionale, non solo all'interno delle strutture, ma anche in contesti territoriali che si fanno carico delle fragilità, promuovendo autonomia e health literacy. Sviluppi futuri saranno quelli di orientare i sistemi sanitari verso l'integrazione di questa figura in tutti i contesti di salute, considerando che i processi di implementazione del ruolo rispondono alle esigenze dei servizi e delle persone.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

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)

Nomofobia e ansia da connessione tra gli infermieri in area critica: uno studio qualitativo

Nomophobia and connectivity anxiety among Critical Care Nurses: a qualitative study

ABSTRACT**Introduzione.**

La nomofobia, forma di dipendenza comportamentale, è la paura incontrollata, il timore ossessivo di rimanere disconnessi dal contatto con la rete di telefonia mobile. L'uso eccessivo dello smartphone durante i momenti di assistenza, fonte di distrazione e di potenziali errori, figura tra i primi dieci rischi correlati all'impiego delle tecnologie in ambito sanitario. Lo studio ha l'obiettivo di indagare il fenomeno della nomofobia tra infermieri di area critica.

Materiali e metodi.

È stato condotto uno studio qualitativo descrittivo mediante campionamento propositivo. Sono stati arruolati infermieri coinvolti nelle aree critiche sul territorio italiano. A seguito dell'effettuazione di interviste semi-strutturate per via telematica e contestualmente audio registrate si è proceduto all'analisi dei dati secondo la Qualitative Content Analysis.

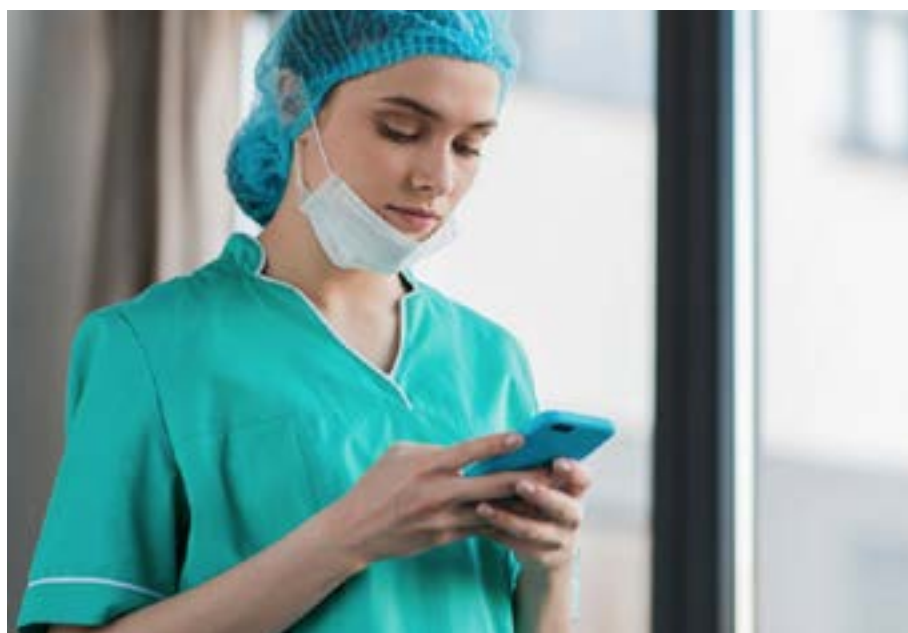
Risultati.

Sono stati intervistati 10 infermieri. Sono emersi i seguenti temi: "Paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dai cellulari", "Problemi di comunicazione causati dall'utilizzo dei cellulari", "Conseguenze fisiche per l'utilizzo dei cellulari", "Solitudine nella vita virtuale", "Rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare".

Conclusioni.

La nomofobia tra gli infermieri è un problema crescente che influisce sulla salute e sul rendimento lavorativo. L'uso eccessivo degli smartphone può causare distrazioni, ansia e compromettere la privacy dei pazienti. È necessario promuovere un uso consapevole attraverso programmi educativi e politiche aziendali, mentre future ricerche dovrebbero indagare l'efficacia di queste strategie nell'ambito sanitario.

Keywords. Dipendenza, infermieri, nomofobia, smartphone, Ricerca Qualitativa.



ABSTRACT**Introduction**

Nomophobia, a form of behavioural addiction, is the uncontrollable fear or obsessive anxiety of being disconnected from mobile network access. Excessive smartphone use during caregiving moments, a source of distraction and potential errors, is among the top ten risks associated with technology use in healthcare settings. The aim of this study was to investigate the phenomenon of nomophobia among critical care nurses.

Materials and Methods

A descriptive qualitative study was conducted using purposive sampling. Nurses working in critical care areas across Italy were recruited. Following semi-structured interviews conducted remotely and audio-recorded, data were analysed using Qualitative Content Analysis.

Results

Ten nurses were interviewed. The following themes emerged: "Fear of being unable to manage mobile phone addiction," "Communication problems caused by mobile phone use," "Physical consequences of mobile phone use," "Loneliness in the virtual world," "Risk of infection associated with mobile phone use."

Conclusions

Nomophobia among nurses is an emerging issue that affects health and job performance. Excessive smartphone use can lead to distractions, anxiety, and compromise patient privacy. It is essential to promote mindful usage through educational programs and organizational policies, while future research should investigate the effectiveness of these strategies in healthcare settings.

Key words. Addiction, nomophobia, nurses, smartphone, qualitative research.

**INTRODUZIONE**

Il telefono cellulare, strumento utile e funzionale, è diventato negli ultimi anni un bisogno imprescindibile e la possibilità di perderlo provoca delle vere e proprie crisi di panico, definito nomofobia (Bivin et al., 2013). Il telefono cellulare oggi si è evoluto nello smartphone, che non è solo uno strumento di connessione, ma rappresenta anche un supporto di memorizzazione di dati, di fotocamera, di giochi e al contempo un dispositivo musicale. La tecnologia comunicativa gioca un ruolo significativo nella vita quotidiana; tuttavia, l'uso sfrenato di tale dispositivo porta allo sviluppo di dipendenze comportamentali (Hamilton et al., 2016).

Nomophobia è l'abbreviazione di "NoMobilePhonePhobia" ed è definita come la paura di non essere in grado di utilizzare nell'immediato il proprio cellulare o di essere irraggiungibile tramite il proprio smartphone (King et al., 2013) ed è una moderna fobia correlata all'interazione con le nuove tecnologie (Salehan et al., 2013; Yildirim et al., 2015).

Il telefono cellulare offre molti vantaggi come una maggiore interazione sociale (Wei et al., 2006) e sicurezza emotiva (Carroll et al., 2002): gli individui sembrano preferire infatti la comunicazione virtuale in quanto dietro lo schermo c'è un maggiore senso di protezione. In numerosi casi, gli studi confermano che la comunicazione virtuale conduce ad un uso eccessivo degli strumenti digitali e alla dipendenza dai telefoni cellulari (Argumosa et al., 2017). L'era digitale ha iniziato ad avere un impatto negativo sulla progressione della formazione dell'identità dall'adolescenza all'età adulta (Manago et al., 2015).

Negli anni precedenti si è verificato un aumento dell'interesse della comunità scientifica per la problematica (Peters et al., 2008), per l'uso eccessivo dei telefoni cellulari (Pourrazavi et al., 2014) e gli svantaggi ad essi correlati (Thomee et al., 2011; Spitzer et al., 2015). È stato evidenziato che i livelli esistenti di nomofobia e le conseguenze sulla salute può essere definita come un focolaio epidemico (Ding et al., 2017). L'uso eccessivo dello smartphone è un problema emergente di sanità pubblica che richiede strategie efficaci di sanità pubblica (Wei et al., 2006).

L'uso eccessivo dello smartphone è emerso anche in ambito sanitario, dove sono stati analizzati i suoi effetti durante l'assistenza. (Aguilera G. et al., 2018). **La sola presenza di uno smartphone in tasca può ridurre il livello di attenzione, mentre il suono o la vibrazione di una notifica provoca un calo significativo delle prestazioni**

in attività che richiedono concentrazione (Stothart et al., 2015). Anche se la nomofobia non è stata ancora ufficialmente riconosciuta come una condizione psichiatrica, vari autori sostengono la necessità di classificarla come tale nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Bragazzi et al., 2014). La pressione per essere continuamente connessi ai social e al mondo virtuale può aumentare l'ansia, riducendo al minimo i momenti di solitudine, componente essenziale del benessere socio-psico-fisico (Lepp et al., 2014).

L'uso dello smartphone durante l'orario lavorativo facilita le relazioni e la circolarità delle informazioni, ma espone il personale sanitario ai rischi connessi al fenomeno della distrazione. **Un rapido tocco sullo schermo per controllare un messaggio o una notifica potrebbe potenzialmente portare anche l'operatore più meticoloso nel lavaggio delle mani a contaminare l'ambiente e gli assistiti** (Yildirim et al., 2015). Sebbene l'uso dei telefoni cellulari da parte del personale sanitario abbia un impatto negativo comprovato sull'assistenza ai pazienti, i dirigenti si trovano in difficoltà nel correggere tale comportamento. Questi aspetti diventano ancora più rilevanti nel contesto dell'area critica, dove l'uso dello smartphone non solo comporta rischi di distrazione, ma potrebbe amplificare le sfide legate alla complessità operativa e all'elevata necessità di concentrazione del personale infermieristico.

L'area critica rappresenta un contesto lavorativo caratterizzato da elevata complessità, in cui l'attenzione e la concentrazione degli infermieri sono fondamentali per garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza ai pazienti. Tuttavia, l'uso eccessivo dello smartphone in ambito sanitario ha sollevato preoccupazioni, in particolare per la sua capacità di distrarre e influenzare negativamente le prestazioni. Sebbene lo smartphone sia uno strumento utile per favorire la comunicazione e l'accesso rapido alle informazioni, il suo impatto sulle abitudini e sul benessere psicologico degli operatori sanitari rimane un aspetto critico da approfondire. La nomofobia, ovvero il timore di rimanere disconnessi dallo smartphone, potrebbe amplificare questi effetti, influenzando le dinamiche lavorative e le esperienze degli infermieri nelle aree ad alta intensità operativa.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questo studio qualitativo descrittivo è esplorare la presenza e l'impatto della nomofobia tra gli infermieri di area critica.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Studio qualitativo descrittivo.

Campione

È stato adottato un campionamento propositivo, come descritto da Polit e Beck (2014). Gli infermieri operanti in strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, situate sul territorio italiano sono stati selezionati per partecipare alle interviste. Sono stati inclusi nello studio gli infermieri che prestavano assistenza continuativa in area critica, mentre sono stati esclusi coloro che hanno manifestato la volontà di non partecipare. Il reclutamento dei partecipanti si è concluso al raggiungimento della saturazione dei dati, ottenuta dopo la conduzione di 10 interviste (Proter E. et al., 2013).

Raccolta dati

La raccolta dei dati è stata effettuata nei mesi di settembre-dicembre 2023. I dati sono stati raccolti mediante intervista semi-strutturata in profondità realizzata con sistema di videochiamata a scelta dell'intervistato. In accordo con la legislazione vigente in merito al trattamento dei dati sensibili ed il rispetto dell'anonimato, prima dell'effettuazione di ogni intervista, ciascun partecipante ha fornito il proprio consenso scritto all'audio registrazione, previa lettura dello stesso da parte del ricercatore. Le interviste vertevano sulle seguenti domande:

- Nella sua esperienza professionale può descrivere le emozioni e le percezioni più significative che prova quando non è collegato al suo smartphone?
- Può raccontare uno o più eventi significativi nella sua esperienza professionale correlate all'utilizzo del cellulare al lavoro?

Per le interviste sono state utilizzate domande a risposta aperta. La scelta ha trovato giustificazione nel fatto che questa tipologia di domanda permette ampia possibilità di descrivere realmente le proprie esperienze (Polit D.F. et al., 2014).

Per ogni intervista è stato impiegato un diario finalizzato alla raccolta di note di campo, riportate sottoforma di brevi commenti. Per garantire l'affidabilità dello studio eseguito è stata realizzata un'intervista pilota con lo scopo di perfezionare il metodo e gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati (Weiss R.S., 1994).

Analisi dei dati

Le interviste semi-strutturate effettuate sono state audio registrate e successivamente trascritte integralmente attribuendo un codice identificativo a ciascuna intervista. L'analisi dei dati è stata condotta seguendo il metodo della Qualitative Content Analysis (Graneheim U.H. et al., 2004) e praticando il bracketing in tutte le fasi (Cohen M.Z., 2002). Si è proceduto all'individuazione di unità di significato presenti in ciascuna intervista, ovvero frasi significative o parole chiave per il contenuto espresso rispetto all'argomento di studio, avvalendosi di un approccio selettivo. Le differenti unità di significato sono state raggruppate tra loro per similitudine di significati espressi, facendo emergere differenti sottotemi che, sintetizzati tra loro per analogie, hanno dato origine alle tematiche principali (Weiss R.S., 1994). 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 tre ricercatori che si incontravano con regolarità per discutere dei temi emergenti. Non è stato usato un software per l'analisi dei dati. Dopo aver effettuato le interviste, sono state ascoltate e trascritte le stesse, arricchendole delle note raccolte sul campo per l'estrapolazione dei temi dalle varie esperienze. Gli infermieri che hanno condotto le interviste hanno utilizzato il cellulare almeno una volta durante il proprio turno di lavoro in area critica e la loro esperienza è stata sensibilizzante e utile come risorsa per facilitare i racconti degli intervistati.

È stata effettuata una triangolazione dei tempi per incrementare il rigore dello studio. Per garantire l'anonimato della persona e il rispetto della privacy è stata predisposta una codifica composta da un codice numerico e due iniziali fittizie assegnate ad ogni partecipante. Prima dell'intervista è stato somministrato un questionario finalizzato a raccogliere informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche del campione, includendo dati su genere, età, regione di provenienza, anni di esperienza lavorativa, professione e area di lavoro.

Considerazioni etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria, previa acquisizione del consenso informato scritto per la registrazione audio delle interviste. Per garantire l'anonimato dei partecipanti, ogni trascrizione è stata codificata mediante un numero progressivo in ordine crescente. Lo studio è stato condotto nel rispetto delle linee guida della Dichiarazione di Helsinki e in conformità con le normative dei comitati etici locali.

RISULTATI

Sono stati intervistati 10 infermieri, prevalentemente di sesso femminile ($n=6$, pari al 60%), con età media di 33,2 anni ($DS=23,9$) con media anni di esperienza lavorativa 10,2 ($DS=24,2$). I principali dati socio-demografici sono riportati nella Tabella 1.

Le interviste semi-strutturate effettuate hanno una durata media di 20 minuti (la più breve di 15 minuti, la più lunga di 25 minuti).

L'analisi dei dati ha permesso di ricavare i seguenti sottotemi: "L'ansia da smartphone", "Distrazioni sul lavoro". Dalla sintesi dei sottotemi per analogia di contenuto sono stati evidenziati i seguenti temi principali: "Paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dai cellulari", "Problemi di comunicazione causati dall'utilizzo dei cellulari", "Conseguenze fisiche per l'utilizzo dei cellulari", "Solitudine nella vita virtuale", "Rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare".

TABELLA 1. – Caratteristiche socio-demografiche del campione.

CODICE	GENERE	ETÀ	REGIONE DI PROVENIENZA	ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA
01	F	47	TOSCANA	25
02	F	27	LAZIO	5
03	F	29	PIEMONTE	8
04	F	31	LOMBARDIA	8
05	F	28	VENETO	6
06	M	35	LOMBARDIA	12
07	M	48	LIGURIA	27
08	F	26	CAMPANIA	5
09	M	29	LAZIO	7
10	M	32	EMILIA ROMAGNA	9

A) PAURA DI NON ESSERE IN GRADO DI GESTIRE LA DIPENDENZA DAL CELLULARE

Il tema maggiormente espresso dagli infermieri è stata la preoccupazione di non riuscire a scollegarsi dal cellulare e, a causa di questo, molti infermieri hanno provato ansia e frustrazione: «È difficile durante il turno di lavoro pensare di non poter stare connessi sul cellulare. A volte mi capita di mentire chiedendo di andare in bagno e, invece, ho solo voglia di collegarmi sui social» (intervista 06). Nonostante ciò, viene sottolineato che le incombenti attività lavorative da svolgere e i momenti di confronto con i propri colleghi siano dei metodi utili per evitare di collegarsi al cellulare: «Quando sono con i colleghi questo mi aiuta a non pensare al cellulare. Inoltre, quando sono immersa nel lavoro questo mi aiuta a concentrarmi sulle cure da dedicare ai pazienti. Ho chiesto aiuto anche allo psicologo per farmi dare qualche dritta su come staccarmi di più dal telefono: mi ha consigliato di buttare su carta le emozioni e le sensazioni che provo quando sono disconnesso dal telefono». (intervista 10).

B) PROBLEMI DI COMUNICAZIONE CAUSATI DALL'UTILIZZO DEL CELLULARE

L'utilizzo dei cellulari rende molto difficoltosa la comunicazione tra i professionisti in quanto tende a diminuire i momenti di confronto e di comunicazione verbale che si creano durante i turni di lavoro, i momenti di briefing e debriefing e il passaggio di consegne infermieristiche: «Capita spesso di vedere i miei colleghi buttare l'occhio sul telefono mentre avviene il passaggio di consegne. Lo ritengo un atteggiamento poco professionale, a volte faccio finta di niente, altre volte faccio presente che non bisogna distrarsi nei momenti di lavoro» (intervista 01). Tuttavia, alcuni infermieri vedono nell'utilizzo dello smartphone un supporto alle attività di lavoro: «Sul cellulare ho scaricato una applicazione che mi aiuta durante la preparazione dei farmaci nel caso voglia sapere un'interazione tra un farmaco e l'altro».

C) CONSEGUENZE FISICHE PER L'UTILIZZO DEI CELLULARI

L'utilizzo continuo dei cellulari crea nei professionisti sanitari conseguenze fisiche che hanno dato vita a delle sensazioni sgradevoli o abitudini non salutari: «La notte dormo poco perché resto connesso al cellulare fino a notte fonda e se mi capita che il giorno dopo ho il turno di mattina ne risento moltissimo. E poi se sono troppo tempo sul cellulare mi fanno male gli occhi e tendo ad assumere una posizione curva della schiena che mi provoca dolore alla zona cervicale». (intervista 04).



D) SOLITUDINE NELLA VITA VIRTUALE

Tra le varie conseguenze vi è la percezione di sentirsi soli nella vita virtuale: «Tutti pubblicano foto e post per mostrare la propria vita. La verità è che nessuno è veramente interessato a quello che si fa, anzi siamo tutti più tristi e soli». (intervista 03).

E) RISCHIO DI INFEZIONE CORRELATO ALL'UTILIZZO DEL CELLULARE

L'ultimo tema affrontato è stato il rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare e la percezione che l'utilizzo dei cellulari possa contaminare i luoghi di lavoro: «Noto spesso colleghi che dopo l'utilizzo del cellulare non eseguono il lavaggio delle mani o, peggio ancora, che dopo una procedura, siano subito pronti a rispondere ad una chiamata in arrivo... (OMISSIS)... ».

DISCUSSIONE

I risultati di questo lavoro evidenziano che il problema della dipendenza da smartphone, dell'ansia da connessione, è presente tra gli infermieri. Come dimostrato in altri studi (Bivin et al., 2013; Walsh et al., 2010; King et al., 2014), questo problema emergente non deve essere sottovalutato in ambito sanitario. Entrando più nel focus delle interviste, è stata espressa la paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dai cellulari, che è stata superata e affrontata stando in team, concentrandosi sulle incombenti attività lavorative e con il supporto psicologico. In diversi studi presenti in letteratura, è stato rivelato che l'utilizzo dei dispositivi tecnologici, è associato a comportamenti lavorativi anti-produttivi (Corgnet et al., 2015; Demir et al., 2017; Findikli et al., 2016; Niaei et al., 2014). Inoltre,

in uno studio condotto su 319 infermieri da Bülbüloğlu et al. (Bülbüloğlu et al., 2019) si è concluso con il fatto che la dipendenza da smartphone ha impedito ai pazienti di comunicare in modo efficace con gli operatori sanitari, ha portato a malintesi e ha ridotto la quantità e la qualità del lavoro prodotto per unità di tempo. Hemp (Hemp, 2009) sottolinea che i dipendenti che utilizzano i dispositivi tecnologici impiegano circa 25 minuti per riprendere i loro compiti rinviati. Questo significa una perdita di produttività che costa milioni di dollari (Samp, 2011). E con conseguenze indesiderabili come la salute dei dipendenti e una vita sociale negativa, scarsa motivazione, assenteismo sul lavoro, insoddisfazione sul lavoro, incidenti professionali, l'intenzione di lasciare il lavoro (Utami et al., 2013; Vanishree et al., 2014; De Beer et al., 2016).

L'uso eccessivo degli smartphone, soprattutto durante le attività di pratica clinica, comporta molti rischi potenziali dovuti alla distrazione. Pertanto, è importante rieducare gli infermieri sui possibili rischi di un uso eccessivo degli smartphone (Cohen et al., 2018). In ultimo l'uso del telefono cellulare in ambito sanitario è stato anche collegato ai rischi di contaminazione e infezione e causare infezioni, da lievi forme cutanee a condizioni più gravi (Hemp, 2009). Nel contesto analizzato i partecipanti hanno individuato alcuni fattori di protezione dall'utilizzo degli smartphone: il gruppo di lavoro, il supporto psicologico, l'utilizzo della scrittura riflessiva. I limiti del presente studio sono da riferirsi principalmente alla numerosità del campione. Inoltre, va considerata la modalità di conduzione delle interviste effettuate in quanto i sistemi telematici hanno determinato una distanza fisica che potrebbe aver reso difficoltosa la piena espressione da parte dei partecipanti. Tuttavia, lo studio presenta molte implicazioni per la pratica clinica offrendo alle organizzazioni la giusta consapevolezza per un problema che necessita interventi.

CONCLUSIONI

La nomofobia rappresenta un problema crescente tra gli infermieri, con implicazioni significative per la salute psicofisica e la performance lavorativa. L'uso eccessivo dello smartphone può portare a conseguenze dannose, come ritiro sociale, ansia, alterazioni del sonno e ridotto rendimento professionale. Sebbene un numero limitato di studi abbia già evidenziato la nomofobia come fattore di deterioramento della salute fisica e di aumento dello stress, la necessità di approfondire ulteriormente questo fenomeno è evidente, soprattutto considerando la sua rapida evoluzione in un problema sanitario di rilevanza globale.

Nel contesto sanitario, sebbene gli smartphone rivestano un ruolo positivo, ad esempio nel monitoraggio dei parametri vitali tramite applicazioni dedicate, nella comunicazione tra il personale sanitario e nel supporto alla formazione e alla ricerca, è cruciale gestire il loro utilizzo in modo consapevole. Le evidenze scientifiche suggeriscono che la creazione di programmi educativi mirati per gli infermieri, che forniscano linee guida chiare sull'uso accettabile e consapevole del telefono personale, potrebbe rappresentare una strategia efficace per mitigare i rischi legati alla nomofobia. Inoltre, l'istituzione di aree designate per l'uso dei dispositivi mobili, la promozione di politiche aziendali che incoraggiano l'uso del telefono in modalità aereo durante l'assistenza, e la firma di contratti che regolamentano l'uso del cellulare sul luogo di lavoro, potrebbero contribuire a limitare le distrazioni e a salvaguardare la privacy dei pazienti, riducendo il rischio di scattare foto non autorizzate o di trasmettere informazioni sensibili attraverso canali non sicuri.

Per quanto riguarda le implicazioni per la ricerca futura, è fondamentale indagare più a fondo i meccanismi attraverso cui la nomofobia influisce sulle performance lavorative e sul benessere degli operatori sanitari. È inoltre necessario esplorare l'efficacia di interventi educativi e policy organizzative nell'influenzare positivamente il comportamento degli infermieri e nel ridurre i rischi associati all'uso improprio degli smartphone. In tal senso, la ricerca dovrebbe anche considerare l'impatto di soluzioni tecnologiche alternative, come l'implementazione di postazioni di lavoro dedicate, che possano garantire l'accesso alle risorse necessarie senza compromettere la sicurezza o l'efficienza.

In conclusione, il corretto utilizzo degli smartphone in ambito sanitario, combinato con politiche appropriate e un'educazione mirata, potrebbe non solo ridurre il rischio di distrazione e di errore, ma anche proteggere la salute degli infermieri, la privacy dei pazienti e la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Gloria Moiso

Infermiere – S.S. Vaccinazioni e
Proflessi Malattie Infettive - ASL CN 2

Bartolomeo Rinaldi

Professore a contratto – Tutor
Professionale - Corso di Laurea in
Infermieristica – Università degli
Studi di Torino sede di Asti

Ilaria Cattaneo

Infermiere – S.O.C. Oncologia –
Ospedale "Cardinal G. Massaia" –
A.S.L. di Asti

Arianna Confortin

Insegnante Fiduciaria – Scuola
Primaria "Salvo D'Acquisto" – Primo
Circolo di Asti

Wilma Gentile

Vicepresidente OPI Asti - Professore
a contratto - Coordinatore Corso di
Laurea in Infermieristica – Università
degli Studi di Torino sede di Asti

Vittoria Vallana

Infermiere – S.O.C. MECAU Medicina
e Chirurgia di Accettazione e
Urgenza Ospedale "Cardinal G.
Massaia" – A.S.L. di Asti

Giorgio Bergesio

Professore a contratto – Tutor
Professionale - Corso di Laurea in
Infermieristica – Università degli
Studi di Torino sede di Asti

"A scuola di epilessia": valutazione degli esiti di un progetto di formazione per insegnanti e alunni di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado

*"At school of epilepsy": results evaluation of a training
project for teachers and students of kindergarten, primary
and secondary schools.*

ABSTRACT

Introduzione. L'epilessia è una reazione della corteccia cerebrale a stimoli esterni con attivazione neuronale sincrona anormale che porta a crisi epilettica. È la malattia neurologica più diffusa in età scolare spesso legata a

pregiudizi e convinzioni errate provenienti da retaggi storici e dalle manifestazioni improvvise che comporta. Il ruolo delle scuole, come ambienti educativi e sociali primari, è cruciale per favorire una comprensione adeguata della condizione e per contrastare la stigmatizzazione.

Obiettivo. valutare l'efficacia di un programma educativo in materia di epilessia rivolto ad alunni e insegnanti di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado.

Metodi. Studio osservazionale con indagine pre-post in un campione di 59 insegnanti e 55 alunni sottoposti ad un intervento educativo su aspetti clinici e di inclusione sociale del bambino con epilessia.



Risultati. In seguito all'intervento educativo gli insegnanti hanno compreso che l'alunno affetto da epilessia può praticare sport a livello agonistico ($p<0,05$) e non ha necessita di sostegno didattico aggiuntivo ($p<0,01$). È emerso tra i bambini che le persone affette da epilessia non sono "diverse", "vanno apprezzate e rispettate le stranezze del prossimo senza giudizi" e "terminata la crisi epilettica la persona ritorna quella di prima".

Conclusioni. Ad oggi permangono concezioni errate che associano l'epilessia alla malattia mentale o a quella infettiva. Dai risultati emerge una tendenza a proteggere i bambini affetti da epilessia che può minare aspetti fondamentali di socializzazione. Tra i bambini emergono sentimenti di tristezza e paura che possono diventare precursori dello stigma nei confronti dei compagni.

Parole chiave. Epilessia, educazione scolastica, stigma sociale, progetto educativo

ABSTRACT EN

Introduction. Epilepsy is a reaction of the cerebral cortex to external stimuli with abnormal synchronous neuronal activation leading to epileptic seizure. It is the most widespread neurological disease in school age, often linked to prejudices and erroneous beliefs coming from historical legacies and the sudden manifestations it entails. The role of schools as primary educational and social environments is crucial in fostering an adequate understanding of the condition and counteracting stigmatization.

Objective. To evaluate the effectiveness of an educational program on epilepsy aimed at pupils and teachers of kindergarten, primary and secondary schools.

Methods. Observational study with pre-post survey in a sample of 59 teachers and 55 pupils undergoing an educational intervention on clinical aspects and social inclusion of epileptic children.

Results. Following the educational intervention, the teachers understood that the epileptic student can play sports at a competitive level ($p<0.05$) and does not need additional teaching support ($p<0.01$). It emerged among the children that people suffering from epilepsy are not "different", "the oddities of others should be appreciated and respected without judgement" and "once the epileptic seizure is over the person returns to the same person as before".

Conclusions. To date, there remain erroneous conceptions that associate epilepsy with mental or infectious disease. The results reveal a tendency to protect epileptic children which can undermine fundamental aspects of socialisation. Feelings of sadness and fear emerge among children which can become precursors of stigma towards peers.

Keywords. Epilepsy, school education, social stigma, education program.

INTRODUZIONE

Il termine epilessia identifica una reazione della corteccia cerebrale a stimoli esterni in cui si ha un'attivazione neuronale sincrona anormale in uno o in entrambi gli emisferi dell'encefalo. Quando si verifica tale evenienza si ha una crisi epilettica (ES) la cui incidenza nella popolazione generale è del 10%. (Canger R, 1993). Le ES vengono classificate in focali, se l'attivazione neuronale avviene in un solo emisfero, generalizzate se entrambi coinvolti ed infine sconosciute, quando non è possibile uno specifico inquadramento diagnostico. È bene sottolineare come non tutti gli episodi siano necessariamente associati a perdita di coscienza. Sebbene la maggioranza delle persone che ha una singola ES non svilupperà la malattia, l'epilessia è una delle affezioni neurologiche più comuni, che colpisce circa 50 milioni di persone in tutto il mondo. La sua incidenza è compresa tra il 50,4% e l'81,7 % su 100.000 persone all'anno (Falco-Walter, 2020; Scheffer et al., 2017). L'epilessia rappresenta la malattia neurologica più diffusa in età scolare ed è spesso legata a pregiudizio e convinzioni errate. A causa delle sue radici storiche e alle manifestazioni improvvise che comporta, gli alunni affetti da ES possono essere stigmatizzati ed isolati. Tale evenienza è talvolta più gravosa della convivenza con il disturbo stesso.

L'ambiente scolastico rappresenta un contesto essenziale per lo sviluppo sociale del bambino. Le conoscenze e gli atteggiamenti degli insegnanti riguardo all'epilessia possono influire direttamente sul rendimento scolastico e sull'integrazione sociale degli studenti. Insegnanti adeguatamente formati possono garantire sicurezza e inclusione, intervenendo in modo appropriato durante una crisi convulsiva, prevenendo danni fisici, e distinguendo le crisi di assenza dalla semplice distrazione, evitando rimproveri non giustificati.

La letteratura internazionale conferma che una miglior comprensione dell'epilessia tramite progetti educativi aumenta la consapevolezza e gli atteggiamenti positivi diminuendo lo stigma della popolazione generale. (Mecarelli et al., 2015; Goel et al., 2014). Tuttavia, l'adozione di tali programmi rimane limitata, specialmente nei contesti scolastici. L'inclusione sociale e la corretta gestione dell'epilessia in ambito scolastico richiedono un'adeguata formazione di insegnanti e alunni. È quindi fondamentale sviluppare e valutare programmi educativi che forniscano conoscenze pratiche per affrontare le ES in aula e che contribuiscano a superare pregiudizi e discriminazioni.

OBIETTIVO

Questo studio mira a valutare l'efficacia di un programma educativo sull'epilessia rivolto a un campione di alunni e insegnanti di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado. La finalità è fornire strumenti e conoscenze utili alla gestione del problema in classe, favorendo un ambiente scolastico inclusivo per i bambini affetti da epilessia.

METODI

Disegno di studio, campione e campionamento

Nel maggio 2023 è stato condotto uno studio osservazionale su un campione di convenienza composto da 59 insegnanti di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado, provenienti da istituti scolastici del Piemonte e della Lombardia, e da 55 alunni delle classi quarte e quinte della Scuola Primaria "Domenico Savio" di Asti.

Procedure di intervento

Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a un intervento educativo finalizzato a migliorare la comprensione degli aspetti clinici e sociali legati all'epilessia.

La formazione è stata differenziata per tipologia di partecipanti: gli alunni hanno preso parte a una lezione frontale in presenza, mentre per gli insegnanti la formazione è stata erogata in modalità a distanza. La partecipazione dei docenti, considerata obbligatoria, è avvenuta previa iscrizione alla piattaforma SOFIA del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), sulla quale era stato pubblicato l'evento formativo.

Le due sessioni educative sono state organizzate in giornate distinte, adattando i contenuti e le metodologie didattiche al pubblico di riferimento (alunni e insegnanti). Per evitare potenziali influenze delle conoscenze acquisite dagli insegnanti sui bambini, si è deciso di realizzare la formazione degli alunni prima di quella dei docenti. Di seguito vengono descritte le procedure di realizzazione degli interventi educativi rivolti agli alunni e agli insegnanti.

Intervento educativo rivolto agli alunni

La lezione destinata agli alunni è stata condotta in presenza, in aule composte da circa 15 studenti ciascuna. L'obiettivo era fornire informazioni scientifiche, stimolare l'empatia e promuovere una riflessione sul concetto di inclusione sociale.

Durante la pianificazione, sono stati considerati fattori quali l'età dei partecipanti, la complessità dell'argomento e l'eventuale presenza di studenti affetti da epilessia.

La lezione è stata strutturata in quattro fasi, ciascuna della durata di 20 minuti, per un totale di circa 90 minuti: video introduttivo narrato, lezione frontale, giochi interattivi e test valutativo finale.

I genitori degli alunni sono stati informati del progetto circa due settimane prima dell'intervento, e l'iniziativa è stata promossa attraverso un poster esposto all'ingresso dell'istituto, raffigurante immagini successivamente utilizzate durante la formazione.

1. Video narrato

Il video introduttivo, ideato per facilitare la comprensione visiva e cognitiva, includeva una descrizione dei due tipi più comuni di crisi epilettiche (ES) in età scolare: tonico-cloniche e con assenza. Per agevolare la memorizzazione e l'apprendimento, le crisi tonico-cloniche sono state rappresentate con la metafora di un temporale (Figura 1), mentre le crisi di assenza sono state simboleggiate da una mongolfiera (Figura 2). Questi concetti sono stati associati a due personaggi virtuali, Mario e Francesca, protagonisti di una storia che illustrava le abitudini di vita, le paure e le difficoltà relazionali vissute da bambini con epilessia.

Le illustrazioni, realizzate a mano libera e successivamente digitalizzate, sono state animate utilizzando tecniche di base e montate con software professionali. Per ottimizzare la qualità del segnale audio e garantire una migliore fruizione da parte dei bambini, i file sono stati filtrati e trattati.

2. Lezione frontale

Successivamente al video, è stata condotta una lezione frontale con contenuti adattati all'età degli alunni. Gli argomenti trattati includevano:

- Funzionamento del sistema nervoso;

- Le due forme principali di crisi epilettiche;
- Primo soccorso in caso di crisi epilettica;
- Fattori scatenanti e situazioni da evitare;
- Stile di vita, alimentazione e sport per le persone con epilessia.

3. Giochi interattivi

La terza parte dell'intervento prevedeva attività ludico-educative finalizzate a stimolare il ragionamento e il confronto tra pari. I giochi sono stati svolti utilizzando una lavagna interattiva multimediale (LIM), che consente di

scrivere e manipolare elementi grafici tramite touchscreen o penne digitali. I giochi proposti includevano:

Alimentazione: identificare alimenti consentiti e proibiti;

Sicurezza: allontanare oggetti pericolosi e avvicinare quelli utili;

Abitudini corrette: evidenziare comportamenti di vita salutari;

Primo soccorso: riordinare per priorità le azioni da compiere durante una crisi.

4. Test valutativo e questionario di gradimento

Al termine dell'intervento, gli studenti hanno completato una scheda di valutazione composta da tre esercizi ispirati ai



giochi proposti. Inoltre, è stato somministrato un questionario di gradimento basato su una scala visuo-analogica (poco, abbastanza, molto) e un'autobiografia cognitiva in cui i bambini hanno descritto le emozioni provate durante l'intervento educativo.

Queste metodologie hanno permesso di combinare approcci informativi e interattivi, promuovendo sia l'apprendimento concettuale che la riflessione emotiva sui temi trattati.

Intervento educativo rivolto agli insegnanti

Per gli insegnanti è stata organizzata una lezione frontale della durata di tre ore, erogata in modalità a distanza (DAD), con il supporto di diapositive. Il contenuto della lezione era suddiviso in due macroaree principali: nozioni generali sulle crisi epilettiche (ES) e inclusione sociale dei bambini affetti da epilessia.

Al fine di valutare l'efficacia dell'intervento formativo, è stata condotta un'indagine pre-post attraverso un questionario somministrato in due momenti distinti: quattro giorni prima della lezione (T0) e immediatamente dopo (T1).

Costruzione del questionario

Il questionario è stato elaborato utilizzando un approccio misto, combinando item provenienti dalla letteratura scientifica internazionale (Turan Gürhopur et al., 2018; Cui et al., 2015; Choi-Kwon et al., 2006; Kiyak et al., 2021) e domande formulate ad hoc da un panel di quattro esperti in neurologia. Il risultato è stato uno strumento composto da 27 domande suddivise come segue:

- 4 domande sociodemografiche;
- 1 domanda sulla capacità di gestione di un episodio epilettico;
- 17 domande relative a conoscenze e atteggiamenti verso l'epilessia;
- 5 domande riguardanti comportamenti corretti da adottare durante una ES.

Modalità di somministrazione

Il questionario è stato compilato in formato elettronico con un tempo di completamento stimato tra i 2 e i 3

minuti. Questa modalità ha garantito una raccolta dati rapida ed efficiente, preservando l'anonimato dei partecipanti e riducendo il rischio di errori durante l'inserimento dei dati.

Questa metodologia ha permesso di valutare l'impatto della lezione in termini di conoscenze acquisite e atteggiamenti verso il disturbo, fornendo informazioni preziose per la progettazione di futuri interventi educativi.

Analisi statistiche

L'analisi dei dati ottenuti è stata effettuata mediante l'utilizzo di indici di statistica descrittiva tra cui variazione media, frequenze assolute percentuali, deviazione standard e range. Per l'analisi di correlazione è stato impiegato il Test del Chi-quadrato (χ^2) con correzione di Yates per campioni piccoli. È stato utilizzato un livello di significatività statistica variabile dal 95% al 99%. L'elaborazione dei dati è avvenuta tramite l'utilizzo di software.

Privacy e consenso

È stato garantito l'anonimato di ogni partecipante nel rispetto delle normative sulla privacy e il trattamento dei dati è stato impiegato per soli fini statistici. Per i minorenni è stato richiesto dall'Autorità scolastica il consenso dei genitori allo svolgimento della lezione.



Figura 1. Mario, protagonista maschile del video narrato affetto da crisi tonico-cloniche

RISULTATI

Risultati intervento educativo rivolto agli alunni

I dati relativi allo strumento di valutazione delle conoscenze somministrato agli alunni hanno evidenziato medie elevate, con punteggi prossimi all'unanimità: $\mu = 8.8/9$ per gli alimenti consentiti e $\mu = 3.9/4$ per le abitudini corrette. Il 35% dei bambini è stato in grado di individuare correttamente la sequenza di intervento da seguire durante una crisi epilettica.



Figura 2. Francesca, protagonista femminile del video narrato affetta da crisi di assenza

Inoltre, il 84% degli studenti ha dichiarato di aver trovato particolarmente interessante l'attività interattiva.

Le risposte qualitative provenienti dall'autobiografia cognitiva hanno rivelato che i bambini hanno vissuto l'esperienza con sentimenti di "felicità" e "curiosità" per le nozioni apprese riguardo alla gestione di un episodio epilettico in un compagno. Solo una minoranza ha riportato emozioni come "tristezza" e "spavento". Infine, è emerso che, per i bambini, le persone affette da epilessia non sono considerate "diverse". È stato enfatizzato il valore di "apprezzare e rispettare le stranezze del prossimo senza giudizi", e la consapevolezza che "terminata la crisi epilettica, la persona ritorna quella di prima".

Risultati intervento educativo rivolto agli insegnanti

Le caratteristiche demografiche e professionali del campione di insegnanti ($n=59$) sono riportate in Tabella 1.

I risultati complessivi del test di conoscenza hanno evidenziato che l'intero campione di insegnanti ha ottenuto un punteggio positivo. La media al tempo T0 era di 16 punti ($SD \pm 2.15$; range 11-20), mentre al tempo T1 la media è aumentata a 19 punti ($SD \pm 1.47$; range 11-20).

Al 93% del campione è stato chiesto se possedesse conoscenze sull'epilessia e la grande maggioranza ha dichiarato di avere familiarità con il disturbo. Inoltre, il 49% ha affermato di aver assistito almeno una volta a una crisi epilettica. Il 68% degli insegnanti ha

Tabella1 . Caratteristiche del campione di insegnanti (n=59)

A	B
Variabile	%
Genere	
Donna	95%
Uomo	5%
Età	
18-30	2%
31-40	8%
41-50	32%
51-60	51%
>61	7%
Titolo di studio	
Diploma di maturità	61%
Laurea	39%
Regione di provenienza	
Piemonte	81%
Lombardia	19%

deficit cognitivi e/o comportamentali. Questa percentuale è scesa al 22% a T1 ($p < 0.01$). Inoltre, al T0 il 47% degli insegnanti considerava necessario un sostegno didattico aggiuntivo per gli alunni con epilessia, ma dopo il corso questa percentuale è scesa al 20% ($p < 0.01$). (Tabella1)

DISCUSSIONE

Discussione

L'epilessia, sebbene scientificamente ben compresa, continua a essere associata a pregiudizi e credenze errate radicate nella storia, che influenzano il modo in cui la società percepisce e affronta questa condizione. Nonostante il progresso nelle conoscenze scientifiche, persistono concezioni errate che legano l'epilessia alla malattia mentale e, in casi estremi, alla stregoneria. Ad esempio, in alcune popolazioni africane, è ancora diffusa la credenza che l'epilessia sia una malattia infettiva trasmissibile attraverso il contatto con i fluidi corporei di chi ne è affetto. In alcune aree, si pratica anche l'incendio della zona dove si è verificata una crisi, nel tentativo di "eliminare" la malattia (Assadeck et al., 2020). Tali credenze sono spesso più radicate in contesti con bassi livelli di istruzione e sviluppo sociale (Goel et al., 2014; Jones et al., 2018).

Tuttavia, sostenere che il problema dello stigma sia limitato a certe realtà sarebbe impreciso, in quanto viviamo in un mondo globalizzato in cui le informazioni, comprese quelle erranee o "fake", circolano rapidamente. Anche nello studio condotto, è emerso che esistono nozioni erranee che persistono nella popolazione, come la convinzione tra alcuni insegnanti che bloccare gli arti o cercare di posizionare un presidio per prevenire lesioni durante una crisi sia una risposta corretta. La formazione degli adulti è complessa poiché questi possiedono già un proprio background di conoscenze, spesso distorte. Pertanto, è cruciale iniziare l'educazione fin dalla scuola primaria, quando i bambini sono ancora "pagine da scrivere", per promuovere una comprensione corretta dell'epilessia.

La necessità di formare la popolazione generale e gli insegnanti sull'epilessia è evidente, anche se, nella letteratura, esistono pochi interventi educativi che trattano questa tematica in ambito scolastico. La maggior parte degli approcci esistenti si concentra su metodi teorico-pratici limitati alla valutazione delle nozioni. Tuttavia, come evidenziato nel nostro studio, è essenziale adattare lo stile educativo in base al gruppo di destinatari, differenziando tra adulti e bambini, e utilizzare tecnologie didattiche innovative, come la lavagna interattiva multimediale (LIM), che si è rivelata efficace nel nostro intervento.

L'esperienza condotta non si è limitata a un obiettivo puramente didattico, ma ha avuto anche finalità orientate all'inclusione sociale. Comprendere la natura di un disturbo e imparare ad affrontarlo è essenziale non solo nel contesto familiare e amicale, ma anche nella vita pubblica. L'analisi dei risultati ha evidenziato che spesso l'ap-

proccio nei confronti dei bambini con epilessia è protettivo, con il rischio di escludere il bambino da attività fondamentali come lo sport, contrastando così i principi affermati da rapporti internazionali, come quello della Task Force della Lega Internazionale contro l'Epilessia (ILAE), che considera la pratica sportiva un elemento cruciale per il benessere fisico, psichico e sociale dei bambini con epilessia (Mecarelli et al., 2011; Jones et al., 2018).

Il nostro studio ha anche mostrato che, sebbene non tutti gli insegnanti riconoscano immediatamente che l'epilessia non porta a deficit cognitivi o comportamentali, l'educazione può contribuire a modificare queste percezioni. Un altro punto critico riguarda la percezione del sostegno scolastico: sebbene gli insegnanti abbiano inizialmente ritenuto necessario un sostegno didattico aggiuntivo per gli alunni con epilessia, la formazione ha contribuito a ridurre questa visione, sottolineando che la maggior parte degli alunni con epilessia non presenta difficoltà di apprendimento specifiche legate alla condizione.

I dati ottenuti suggeriscono che un miglioramento delle conoscenze riguardanti la gestione dell'epilessia in ambito scolastico possa ridurre la necessità di chiamate di soccorso e l'accesso ai servizi di emergenza, con conseguente vantaggio economico per i sistemi sanitari (Renzetti et al., 2020). Inoltre, una delle convinzioni errate emerse è quella che le crisi epilettiche siano patognomoniche di danni cerebrali permanenti con deficit cognitivi e comportamentali. Questo equivoco contribuisce ad alimentare le difficoltà nell'inserimento scolastico degli alunni con epilessia, dove atteggiamenti pregiudizievoli portano spesso a una perdita di autostima e opportunità di socializzazione.

L'intervento educativo condotto con i bambini ha prodotto risultati positivi, non solo dal punto di vista delle conoscenze teoriche, ma anche per quanto riguarda la partecipazione attiva. Tuttavia, sebbene i bambini abbiano mostrato curiosità, sono emersi anche sentimenti di tristezza e paura, che potrebbero fungere da precursori dello stigma nei confronti dei compagni con epilessia (Shore et al., 2008). È fondamentale che i bambini comprendano che l'epilessia non implica essere "diversi", ma solo affrontare una condizione momentanea, che non pregiudica il valore dell'individuo. Tale consapevolezza è cruciale affinché i bambini non temano di dichiarare la propria condizione e siano supportati nel loro contesto sociale.

Infine, è essenziale che la formazione sanitaria sull'epilessia venga integrata come programma istituzionale, condotta da professionisti sanitari capaci di adattare i contenuti in base alle caratteristiche e alle esigenze specifiche dei discenti, al fine di promuovere un ambiente scolastico inclusivo e consapevole.



CONCLUSIONI

I programmi educativi sulla gestione delle patologie croniche, come l'epilessia, dovrebbero essere integrati nei curricula scolastici, coinvolgendo insegnanti, familiari e bambini, e realizzati da personale sanitario. Questi interventi, mirati a sensibilizzare e formare adeguatamente le figure educative, potrebbero contribuire a ridurre l'isolamento sociale degli studenti con patologie e migliorare la gestione delle emergenze scolastiche, promuovendo un ambiente più inclusivo.

Dal punto di vista pratico, tali iniziative potrebbero favorire l'inclusione di studenti con epilessia, migliorando la comprensione e riducendo pregiudizi, in particolare in ambito scolastico. Un'educazione precoce potrebbe anche migliorare la partecipazione degli studenti con epilessia nelle attività quotidiane, come lo sport.

Per la ricerca, è necessario proseguire con la valutazione a lungo termine dell'efficacia di questi programmi, ampliando la letteratura disponibile. Future indagini dovrebbero esaminare gli effetti a lungo termine sulla gestione della patologia e sull'inclusione sociale, esplorando come diverse modalità di formazione influenzino l'efficacia degli interventi. L'integrazione di programmi educativi nelle scuole ha il potenziale di migliorare la qualità della vita degli studenti con epilessia e promuovere una cultura di inclusività.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Roberth Augusto Castillo

Infermiere Terapia Intensiva di
Cardiochirurgia
IRCCS Policlinico San Donato
Associazione Infermieri Santa Rosa
Comitato direttivo

Corsi Elizabet Moreano

Infermiera Reparto di Diagnostica
IRCCS Policlinico San Donato
Associazione Infermieri Santa Rosa
Comitato direttivo

Intelligenza artificiale in scienze infermieristiche

Artificial Intelligence in nursing science

INTRODUZIONE

Quando si parla di Intelligenza Artificiale si pensa subito a tecnologie all'avanguardia, a un robot in grado di comprendere e decidere le azioni da compiere.

Un mondo futuristico in cui macchine e uomini convivono. In realtà, le IA e il loro utilizzo sono molto più reali di quanto si possa immaginare e vengono impiegate oggi in diversi settori della vita quotidiana. La conoscenza dell'Intelligenza Artificiale è d'obbligo specialmente per gli operatori sanitari e, in particolare, gli infermieri, perché per il corretto

svolgimento del nostro lavoro è necessario un aggiornamento continuo nella scienza della medicina.

Obiettivo. Informare, insegnare e far comprendere l'Intelligenza Artificiale agli infermieri, con particolare attenzione a questa realtà scientifica, e promuoverne l'utilizzo in modo consapevole e accurato. È essenziale sottolineare l'importanza dei rischi associati all'uso dell'Intelligenza Artificiale quando non vengono rispettati parametri di sicurezza ed etica informatica. Inoltre, occorre individuare i migliori metodi per utilizzare l'Intelligenza Artificiale al fine di migliorare il servizio e l'assistenza infermieristica.

Materiale e metodo. Per l'elaborazione di questa ricerca è stata utilizzata una revisione della letteratura, per cui sono state investigate le banche dati di Pubmed, Cochrane e Google Scholar, Libri, e le parole chiave inserite nei motori di ricerca sono stati unite attraverso gli operatori booleani (.,).

Keywords. Intelligenza artificiale, infermieristica, ricerca, assistenza.

INTRODUCTION

When it comes to Artificial Intelligence, one immediately thinks of cutting-edge technologies, of a robot capable of understanding and deciding on actions to take. A futuristic world where machines and humans coexist. However, the reality of AI and its usage is much more tangible than one might imagine, and today it is employed in various sectors of everyday life. Knowledge of Artificial Intelligence is especially obligatory for healthcare professionals, particularly nurses, as continuous updates in medical science are necessary for the proper execution of our work.



Objective. Our aim is to inform, educate, and foster understanding of Artificial Intelligence among nurses, with particular emphasis on this scientific reality, and to promote its use in a conscious and accurate manner. It is essential to underline the importance of the risks associated with the use of Artificial Intelligence when safety and ethical parameters are not respected in computer science. Additionally, it is important to identify the best methods for utilizing Artificial Intelligence to enhance nursing service and care.

Materials and methods. For the elaboration of this research, a literature review was conducted, exploring databases such as Pubmed, Cochrane, and Google Scholar, along with textbooks. Keywords were selected and combined using boolean operators (.,.).

Keywords. Artificial Intelligence, nursing, research, care.

Per l'utilizzo in scienze infermieristiche dell'Intelligenza Artificiale dobbiamo imparare a rispondere a queste domande:

1. Cos'è l'intelligenza artificiale?
2. Come funziona l'intelligenza artificiale?
3. A cosa serve l'intelligenza artificiale in scienze infermieristiche?

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA – AI)

DEFINIZIONE:

L'Intelligenza Artificiale consiste nella **capacità di un programma informatico** di eseguire compiti o processi di pensiero legati all'intelligenza umana. È una parte dell'informatica chiamata "robotica".

L'IA è una tecnologia talmente avanzata che può avere un impatto significativo nella risoluzione e riorganizzazione dei problemi dei sistemi sanitari. Questo è possibile grazie all'ampia gamma di supporto che le istituzioni mediche possono ottenere da strumenti e dispositivi tecnologici, nonché alla riduzione dei costi, al miglioramento della qualità dei servizi medici e della loro efficacia.



COME FUNZIONA?

L'IA è una parte dell'informatica che permette la programmazione e progettazione di sistemi hardware e software che consentono alle macchine di emulare determinate caratteristiche considerate tipicamente umane. Ad esempio: le percezioni visive, spazio-temporali e decisionali. Anche la capacità di calcolo o di conoscenza dei dati astratti ma anche, soprattutto, le forme di intelligenza riconosciute dalla teoria di Gardner che vanno dall'intelligenza spaziale a quella sociale, da quella cinestetica a quella introspettiva.

Per sviluppare sistemi e programmi di Intelligenza Artificiale ci sono tre parametri cardine che rappresentano il comportamento umano:

1. **Conoscenza Non Sterile:** le decisioni si prendono non solo secondo la logica e l'abilità di risolvere problemi, ma anche in base al contesto in cui ci si trova.
2. **Reti Neurali e Algoritmi:** questi sono in grado di riprodurre ragionamenti tipici degli esseri umani in differenti situazioni. Gli algoritmi sono sempre nuovi e più numerosi. Certi algoritmi vengono definiti come conoscenza allargata, ossia creata tramite l'esperienza, per realizzare algoritmi sempre più precisi e complessi.
3. **Conoscenza Sterile:** questo tipo di conoscenza viene fornito alla macchina tramite diverse modalità. Le più importanti sono:

- **a. Teoria del Linguaggio Formale:** le proprietà variano a seconda dell'approccio utilizzato, e si può decidere di puntare su un approccio o sull'altro a seconda dei risultati che si vogliono ottenere.
- **b. Teoria delle Decisioni:** questa teoria si basa su un albero decisionale, che permette di valutare per ogni azione/decisione le possibili conseguenze, prendendo quindi la migliore decisione. Si basa su modelli predittivi, ossia partendo da una serie di informazioni iniziali e dati di partenza.

Uno dei passi avanti nell'IA consiste nel creare algoritmi specifici, in grado di far migliorare le macchine

- a. In base agli errori
- b. In base all'esperienza

tramite l'apprendimento automatico. Queste macchine:

1. Sono in grado di imparare, tramite l'esperienza, con algoritmi.
2. Sono in grado di svolgere azioni. Anche se tale azione non è mai stata programmata tra quelle possibili.
3. Sono in grado di prendere decisioni.

L'apprendimento automatico rappresenta la parte più romantica e rischiosa. Romantica perché l'IA è in grado di imparare e migliorare con i propri tempi perché impara dall'esperienza e può prendere decisioni che non sono state programmate, conosciute o previste dei programmatori. Rischiosa perché le sue decisioni non sono prevedibili.

La ricerca sull'apprendimento automatico si fonda sulla teoria e la pratica che sono basate su:

1. Teoria computazionale dell'apprendimento
2. Riconoscimento dei pattern

La complessità dell'apprendimento attuato dalle macchine si suddivide in tre possibilità:

1. **Apprendimento Supervisionato:** le macchine vengono fornite di esempi e obiettivi da raggiungere.
2. **Apprendimento Non Supervisionato:** le macchine devono essere in grado di effettuare scelte senza essere state prima "educate" alle diverse possibilità di output.
3. **Apprendimento per Rinforzo:** le macchine interagiscono con un ambiente in cui le caratteristiche sono variabili.

L'apprendimento automatico è stato reso possibile dallo sviluppo delle reti neurali artificiali, ossia un particolare modello matematico ispirato ai neuroni e alle reti neurali umane. Il nome di reti neurali deriva dal fatto che questo modello matematico è caratterizzato da una serie di interconnessioni tra tutte le diverse informazioni necessarie per i calcoli, simili alle reti neurali biologiche.

L'Intelligenza Artificiale viene utilizzata quotidianamente in vari ambiti, come ad esempio gli strumenti di riconoscimento vocale negli smartphone e i sistemi di sicurezza basati su algoritmi di Intelligenza Artificiale. Attualmente, l'intelligenza artificiale è utilizzata regolarmente in medicina, dove la robotica e i sistemi intelligenti migliorano ulteriormente i settori dell'informatica.

La creazione di ChatGPT nel 2023 ha rivoluzionato l'intelligenza artificiale, segnando un punto di svolta per quanto riguarda la conoscenza, l'utilizzo e l'applicazione dell'IA. ChatGPT è uno strumento che utilizza modelli linguistici di grandi dimensioni, in grado di aiutare a scrivere testi semplici e comprensibili. L'intelligenza artificiale utilizza strumenti capaci di interpretare linee guida, storie cliniche dei pazienti e dati raccolti secondo regole ben precise.

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

L'utilizzo dell'IA nelle scienze infermieristiche è di assoluta importanza, poiché è in continuo cambiamento e si evolve quotidianamente, proprio come la scienza medica. Le applicazioni dell'IA in campo infermieristico sono utilizzate quotidianamente e possono essere descritte come segue:

1. Tutte le fasi del PERCORSO DEL PAZIENTE

A. ANAMNESI

- a. Compila l'anamnesi più velocemente e in forma automatica e precisa.
- b. Utilizza il sistema Electronic Health Records (EHR), per la compilazione dell'anamnesi.

B. ACCETTAZIONE

Raccolta dati: Anamnesi, Dati Personali, Demografici, Genomici.

C. APPUNTAMENTI

Attraverso la creazione di portali web interattivi, i pazienti hanno la possibilità di fissare appuntamenti, ma anche di pagare le prestazioni e di compilare moduli elettronici, rendendo così questi servizi più accessibili e versatili.

2. Gestione delle CARTELLE CLINICHE

- Con l'IA e particolari programmi, le cartelle cliniche cartacee vengono convertite in cartelle elettroniche.
- Applicazione in sistemi di sperimentazione clinica utilizzando i dati provenienti dai sistemi amministrativi.
- È possibile identificare le incongruenze legate ai dati archiviati dei pazienti, e questo è un problema rilevante poiché il numero dei dati archiviati digitalmente è in costante crescita.
- Le IA possono trovare errori di compilazione, di trasferimenti dati e all'interno degli archivi.

3. Supportare e garantire un'ASSISTENZA INFERMERISTICA efficace e di qualità

- In base alle informazioni inserite da parte degli infermieri, l'IA pianifica, programma e aggiorna l'assistenza infermieristica avvalendosi di strumenti e sistemi di supporto decisionali.
- L'IA crea turni degli infermieri più flessibili, per rendere più efficace la cura dei pazienti e la soddisfazione degli infermieri stessi.
- L'università di Pittsburgh (Pennsylvania USA), ha creato un'IA in grado d'analizzare le preferenze, le difficoltà e la disponibilità degli infermieri in modo da stilare un piano dei turni facendo un bilancio corretto per coprire anche le assenze ed eventuali lacune.
- L'IA crea i turni in base all'esperienza e capacità degli infermieri.

4. CONSEGNA

- L'IA è in grado di elaborare una sintesi e riassunto della situazione attuale dei pazienti.
- L'IA è in grado di elaborare i dati per la consegna al successivo cambio di turno.
- L'IA permette di copiare e trascrivere le parole degli infermieri al momento della consegna rendendo il rapporto disponibile in forma scritta.

5. Assistenza in TERAPIA INTENSIVA

- L'IA è in grado di mantenere il Monitoraggio dei Parametri Vitali: Frequenza Cardiaca: registra presenza di aritmie, problemi tecnici come scollegamenti o mancanza e presenza di artefatti.
VALORI COME:
 - Pressione Arteriosa
 - Saturazione
 - Temperatura Corporea
- Inoltre, rileva eventuali rischi di peggioramento clinico dei pazienti nell'unità di terapia Intensiva.
- In particolare, l'IA utilizza il sistema Early Sense, composto da sensori posti sotto il materasso del paziente, i quali rilevano la frequenza cardiaca (FC), la frequenza respiratoria (FR) e il movimento in tempo reale. Quando ci sono variazioni, avvisa immediatamente il personale.



6. Covid-19

- Esiste un sistema che è in grado di prevedere una delle complicanze più comune dopo i Covid-19: l'integrabilità emodinamica. Questo software si basa sulle analisi dei parametri clinici dei pazienti ricoverati.

7. In ONCOLOGIA

- L'IA è in grado di mappare le strutture anatomiche dei pazienti, determinando in questo modo i potenziali effetti delle radiazioni su alcune aree specifiche. Questo consente al personale infermieristico di pianificare al meglio l'assistenza dei pazienti oncologici.

8. In CHIRURGIA

- L'IA è in grado di raccogliere informazione sui chirurghi, sulle patologie dei pazienti (anche

pregresse) e sulle procedure e tecniche da applicare negli interventi chirurgici, migliorando così il trattamento efficace e i movimenti da fare nell'intervento e la pianificazione dell'assistenza infermieristica post-operatoria.

- b. Le conoscenze relative a pazienti e chirurghi e la pianificazione post-operatoria possono ridurre significativamente il rischio di complicanze.

9. GESTIONE DELLA PENSIONE

- a. L'IA è in grado di calcolare le pensioni, nonché le date e condizioni di pensionamento degli infermieri.
- b. Inoltre, aiuta a gestire la situazione finanziaria futura in base alle proprie necessità e agli obiettivi da raggiungere.

10. CURA DELLE LESIONI DA DECUBITO

- a. L'IA raccoglie i dati delle cartelle, dei pazienti e degli infermieri per programmare le cure delle LDDC personalizzate per ognuno dei pazienti.
- b. Gli infermieri vengono supportati nell'esecuzione e nell'impostazione delle terapie.
- c. L'IA indica i parametri da utilizzare nella Vac-Therapy, calcolando tramite un programma la pressione negativa da utilizzare in relazione alla gravità della ferita e in base al paziente.
- d. L'IA offre un feedback in tempo reale sulla ferita, in particolare sull'andamento della terapia, dell'azione infermieristica, sulla gravità e guarigione della ferita stessa.

11. COMUNICAZIONE

- a. L'IA può permettere l'utilizzo di un Chat Bot per accedere a risposte e domande, facilitando la comunicazione e lo scambio di informazioni tra infermieri, pazienti, familiari, medici e altri operatori sanitari.
- b. I Bot accedono ai dati e consentono di comunicare più velocemente, raccogliendo anche le osservazioni dei pazienti.
- c. Riassumono le informazioni per la consegna tra infermieri.
- d. Le IA utilizzano le tecnologie presenti nei dispositivi quotidiani (Google Assistant, Amazon Alexa, Siri, ecc.).
- e. Utilizzano la tecnologia NLP (Natural Language Processing), che è in grado di trascrivere il parlato, riducendo così il tempo di comunicazione.
- f. Questo facilita la comunicazione, consentendo agli infermieri di avere più tempo disponibile per dedicarsi all'assistenza diretta del paziente.
- g. L'IA migliora la comunicazione e riduce il tasso di errori.

12. L'IA APPLICATA ALLA TELEMEDICINA

- a. Serve per monitorare il paziente a distanza.
- b. Monitora i parametri vitali come la Pressione Arteriosa (PA), la Frequenza Cardiaca (FC), la Frequenza Respiratoria (FR) e la Saturazione di Ossigeno (Sat).
- c. Monitora il livello della glicemia nel sangue.

Come funziona l'IA nel monitoraggio del paziente a distanza?

1. Raccolta Dati
2. Trasmissione alla piattaforma IA
3. Analisi con i sistemi di IA
4. Fornisce a medici e infermieri informazioni sulla salute attuale del paziente
5. Permette di capire lo stato attuale del paziente in tempo reale
6. In base a tutto ciò, l'IA valuta lo stato di salute del paziente, monitora l'andamento della terapia e pianifica o modifica l'assistenza, inclusa eventualmente la decisione di ricoverare il paziente in ospedale.

Monitoraggio a distanza.

- a. Utilizza un'applicazione che regola periodicamente la rilevazione dei parametri vitali, monitora l'EKG a distanza, comunica immediatamente le urgenze da gestire.
- b. Rileva i fattori ambientali.
- c. Rileva la qualità del sonno.

- d. Rileva l'attività fisica.
- e. Rileva lo stato del paziente ed eventuale alimentazione.

13. SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

- a. Nella somministrazione dei farmaci, l'IA utilizza, controlla e corregge i dosaggi errati.
- b. Controlla eventuali allergie e intolleranze dei pazienti ai farmaci.
- c. Identifica le interazioni fra i farmaci prescritti per un determinato paziente, individuando eventuali conflitti.
- d. Verifica il paziente corretto, il dosaggio e l'orario di somministrazione dei farmaci.
- e. La somministrazione e il controllo dei farmaci vengono eseguiti tramite la lettura dei codici a barre.
- f. Evita eventuali sprechi dei farmaci.

14. MEDICINA RIABILITATIVA

- a. Utilizzo dell'esoscheletro (supporto esterno del corpo).
- b. Utilizzo di nuove gambe per imparare a camminare autonomamente in persone con lesioni al midollo spinale.

Dopo questa descrizione scientifica dell'applicazione dell'Intelligenza Artificiale in campo infermieristico la domanda che sorge spontanea è:

Può l'intelligenza artificiale rimpiazzare l'infermiere?

Affermare questo equivarrebbe a sostenere che i matematici non sono più necessari perché si dispone di computer e calcolatrici. Innanzitutto, dobbiamo capire che gli infermieri forniscono un'assistenza infermieristica in forma integrale e olistica, il che significa che la nostra assistenza si basa su:

1. **Aspetto Fisico:** Fornire assistenza fisica alla persona.
2. **Aspetto Mentale:** Offrire supporto al dolore e alla sofferenza.
3. **Aspetto Psicologico:** Fornire supporto alla resilienza.
4. **Aspetto Spirituale:** Offrire supporto alla speranza, alla guarigione e al benessere.
5. **Contesto Ambientale:** Considerare l'ambiente in cui si svolge l'assistenza infermieristica.

L'IA esegue solo prestazioni standard che sono programmate, senza pensiero critico, sia per gli stessi infermieri che per i periti informatici.

1. Gli infermieri offrono assistenza continua 24 ore al giorno, durante la quale svolgono tutti i tipi di prestazioni infermieristiche, dalle più semplici, come le cure igieniche, alle più complesse, come gestire le emergenze cliniche o un arresto cardiaco. L'IA serve come supporto agli infermieri e svolge solo le prestazioni assegnate, senza poter erogare un servizio globale.
2. **GESTIONE DEL TEMPO:** gli infermieri impiegano molto tempo a compilare materiale cartaceo e altri documenti amministrativi, tempo che potrebbe essere utilizzato per l'assistenza ai pazienti e la collaborazione con gli altri operatori sanitari e i parenti. L'IA aiuta gli infermieri a ottimizzare il tempo, essendo più veloce nella compilazione del materiale amministrativo. Tuttavia, è importante ricordare che siamo stati noi umani a programmare l'IA per svolgere questo tipo di attività.
3. **UMANITÀ:** Gli infermieri sono in grado di empatizzare con i pazienti, cogliere le loro sofferenze, il dolore, lo stato d'ansia e lo sconforto, sia a domicilio che in altre strutture sanitarie. Si crea una relazione di fiducia tra pazienti, familiari e infermieri. È dimostrato che una buona relazione tra paziente e infermiere migliora il ricovero in ospedale, non solo per il paziente, ma anche per i familiari e gli altri professionisti che gravitano attorno al paziente. Una buona relazione tra il paziente e gli infermieri migliora la prognosi.
4. L'IA esegue prestazioni che sono considerate fredde e distaccate dai pazienti; non potrà mai essere gentile e premurosa come un infermiere. La si considera quindi una prestazione "vuota".
5. L'essere umano utilizza l'intelligenza naturale e i cinque sensi per cogliere i sentimenti, i colori e l'ambiente circostante. L'esperienza umana è soggettiva e unica, mentre il robot utilizza l'intelligenza artificiale e la sua memoria è replicabile infinite volte.

CONCLUSIONE

"Oggi in Italia ci sono 51 milioni di utenti di Internet, 44 milioni di utilizzatori di Social Media su 60 milioni di cittadini e una presenza sul web che nel 2023 ormai supera l'86% degli utenti; l'IA ha un grande impatto nel Paese, e così in ambito medico e infermieristico ha trovato grande accoglienza." (Avvenire 22 sett 2023)

L'assistenza infermieristica non sarà mai completamente sostituita da robot, intelligenza artificiale o macchine con apprendimento automatico, poiché è un'assistenza olistica. L'Intelligenza Artificiale esegue solo prestazioni basate su dati e algoritmi, decidendo in autonomia, ma fondando le proprie decisioni su dati inseriti dagli infermieri. I sentimenti umani non possono essere gestiti dalle macchine, e il contesto ambientale non può essere completamente compreso dall'IA da sola, ma può essere gestito con l'aiuto umano.

L'Intelligenza Artificiale è un potente strumento sempre più utilizzato nell'ambito infermieristico, ma l'efficacia dell'IA è difficile da confrontare e valutare a causa dell'utilizzo degli algoritmi e della mancanza di studi scientifici. Inoltre, i risultati dell'IA dipendono da chi la progetta e da chi la utilizza. Attualmente, esistono regolamentazioni sull'IA, ma sono poco applicabili, poiché manca un organo di controllo, specialmente per quanto riguarda la privacy. Questo è importante per la crescita continua dal punto di vista sociale, economico e politico.

L'impiego dell'IA può essere influenzato da alcuni fattori:

1. **Responsabilità:** Fino a dove può spingersi il suo utilizzo e di chi è la responsabilità in caso di errore?
 - a. del responsabile dell'inserimento dei dati?
 - b. degli algoritmi utilizzati?
 - c. degli infermieri come operatori?
 - d. dell'IA stessa?
2. L'IA serve come un **supporto tecnologico** ma è l'infermiere a decidere la programmazione dell'assistenza al paziente.
3. Le **competenze** devono essere normate, specialmente per quanto riguarda l'affidabilità.

Attualmente, l'Intelligenza Artificiale ha segnato una svolta con la creazione di ChatGPT, che ha rappresentato un importante consolidamento di tutte le conoscenze dell'intelligenza artificiale nella loro pienezza.

Nel 2024, l'Europa ha mostrato un forte interesse per i temi della sicurezza e dell'etica legati all'IA, cercando di anticipare al resto del mondo le decisioni e le regolamentazioni su questo importante argomento.

Oggi, la sicurezza e l'etica nell'uso dell'Intelligenza Artificiale sono diventate una priorità assoluta, poiché rivestono un'importanza cruciale nella vita quotidiana delle persone e delle imprese. L'Europa, e in particolare l'Italia, ha compiuto grandi progressi in questo ambito, ad esempio invitando Papa Francesco alla riunione del G7 che si è tenuta dal 13 al 15 giugno 2024 in Puglia, dove il Papa ha parlato dell'etica nell'uso dell'Intelligenza Artificiale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it



Enrico Cafulli
MD, MA History

Anna La Torre
RN, MScN, MA History,
PHD Candidate

Il cholera morbus: una sfida assistenziale nella milano ottocentesca

The cholera morbus: a care challenge in 19th century milan

ABSTRACT

Il colera nella penisola italiana del XIX secolo, fu un vero flagello che per tutto l'Ottocento, seminò malattia, morte e con sé paura, superstizione e isterismo collettivo.

I sanitari, come nella contemporaneità, si sono trovati ad affrontare un morbo di cui non si conosceva nulla, cercando terapie, soluzioni assistenziali ed infermieristiche innovative per il bene collettivo.

Attraverso l'analisi dell'abbondante letteratura storica ma soprattutto della documentazione presente negli Archivi di Stato, in quelli Storici Comunali delle città e le cronache di medici che sia come direttori o semplici operatori delle strutture predisposte ai ricoveri sia come medici condotti, si possono studiare le strategie di contenimento, le terapie implementate e le strategie assistenziali che furono messe in atto dai governi e professionisti dell'epoca. Lo studio ha permesso di evidenziare elementi di innovazione e di continuità con le dinamiche vissute nella recente pandemia da coronavirus, creando un legame mai spezzato con il nostro passato.

ABSTRACT EN

Cholera in the Italian peninsula during the 19th century was a true scourge that, throughout the century, spread disease and death, along with fear, superstition, and collective hysteria.

Healthcare workers, much like in contemporary times, faced a disease about which nothing was known, striving to develop innovative therapies, care solutions, and nursing practices for the collective good.

By analyzing the abundant historical literature and, more importantly, the documentation preserved in State Archives, Municipal Historical Archives of cities, and the chronicles of doctors—whether as directors or simple practitioners in facilities set up for hospitalizations, or as district physicians—it is possible to study the containment strategies, implemented therapies, and care strategies adopted by governments and professionals of the time.



This study highlights elements of innovation and continuity with the dynamics experienced during the recent coronavirus pandemic, establishing an unbroken connection with our past.

L'articolo è tratto dal libro *Virgola infetta. Morbus Cholerae e contesto sociale nella Pianura Padana* di Enrico Cafulli, Anna La Torre ed Elisabetta Zanarotti Tiranini del 2022, edito da Porto Seguro.

Le malattie infettive sono state nel corso dell'Ottocento, e fino al primo dopoguerra avanzato, una delle principali cause di morte, sopravanzando quelle per patologie oncologiche e cardiovascolari, poi relegate in secondo piano dalla scoperta di nuovi farmaci e vaccini.

L'Ottocento è il secolo delle grandi epidemie: tifo petecchiale, vaiolo, ileotifo, difterite, meningite e non per ultimo il colera.

Tra le molte patologie infettive che funestarono l'Europa nel corso dell'Ottocento, un ruolo di spicco spetta sicuramente a quest'ultimo, non solo per la grande messe di vite umane che falcidiò, ma anche e soprattutto per il grande impatto psicologico e le profonde conseguenze economiche e sociali che esso esercitò sulle numerose popolazioni colpite, e sui relativi diversi contesti (Forti Messina, 1984). La sua esoticità, la sua improvvisa e inaspettata comparsa per la prima volta in Europa, la misteriosità di un morbo di cui per molto tempo rimase oscura la causa, la sintomatologia ripugnante, furono tutti elementi che produssero effetti devastanti nel tessuto individuale e nell'immaginario collettivo dei popoli di molti Stati, e sortirono un esito dirompente sui comportamenti umani.

Le epidemie che imperversarono in Italia durante l'Ottocento sono sostanzialmente riconducibili a sei: quelle degli anni 1835-1837; 1849; 1854-1855; 1865-1867; 1884-1887; 1893, con diversi gradienti di estensione, virulenza, morbilità e letalità (Cosmacini, 2005).

I dati delle tabelle seguenti, desunti dai Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie e riportati da Del Panta (2021), danno un importante elemento per comprendere la vastità e la letalità del fenomeno durante l'Ottocento (tab. 1 e tab.2).

La copiosa documentazione presente negli Archivi di Stato, in quelli Storici Comunali delle città e le cronache

di medici che sia come direttori o semplici operatori delle strutture predisposte ai ricoveri sia come medici condotti, è un grande strumento storico per l'analisi delle forme assistenziali che i governi di allora misero in atto. Di grande utilità sono anche i registri anagrafici di morte conservati negli archivi delle singole parrocchie dove viene indicata la causa mortis e quindi si possono desumere il numero dei decessi domiciliari e ospedalieri, e la maggiore o minore aggressività del morbo.

Nel complesso, dai dati che si evincono dai bollettini ospedalieri e dalle statistiche amministrative, si può affermare che gli indici di mortalità e letalità tra contagiati ricoverati in ospedale e quelli domestici sovente si equivalgono e in alcuni casi a volte perfino con maggior negatività per i ricoverati, fenomeno dovuto probabilmente a una maggior promiscuità nelle fasi iniziali delle epidemie e alla commistione con soggetti ricoverati per altre cause. In aggiunta i beni dei ricoverati d'urgenza venivano tenuti in sequestro dall'Ospedale per lo spurgo.

Generalmente nei casi delle città esaminate nella pianura Padana, all'inizio delle epidemie, soprattutto le prime due, si ricorse al ricovero nelle strutture ospedaliere presenti senza appositi reparti per gli infetti colerosi, favorendo quindi situazioni di contagio attraverso effetti lettereschi e oggetti contaminati dalle feci dei ricoverati, mentre in un secondo tempo e talvolta con tempestività si riunirono i colerosi o in

Tab. 1. Numero di decessi per cicli epidemici colerosi

Anno	Comuni	Decessi
1835	231	16.190
1836	1.778	67.694
1837	989	62.544
1848	52	-
1849	312	13.359
1850	8	-
1854	1.312	35.030
1855	3.018	83.500
1856	138	-
1857	57	-
1865	18	12.901
1866	560	19.571
1867	2.143	128.075
1868	42	-
1871	25	-
1873	377	-
1884	66	14.299
1885	1	3.459
1887	-	4.270
1893	-	3.040

Tab. 2. Totale decessi per colera in alcuni capoluoghi

	1835-37	1849	1854-56	1865-67	1884-85
Torino	220	-	1.458	996	1
Genova	3.219	-	3.300	1.330	430
Milano	1.037	206	1.308	402	6
Venezia	2.769	3.839	767	767	2
Napoli	19.665	-	8.314	6.015	6.933
Palermo	26.000	-	8.000	7.867	2.568
Bologna	-	63	3.649	126	1
Roma	5.419	-	1.646	2.040	5

reparti speciali o in nuove strutture ricavate da edifici adibiti ad altro uso quali caserme e conventi, adibendoli allo scopo (Sala, 1985).

Già parzialmente sperimentate in alcuni Stati come il Lombardo-Veneto nel corso dell'epidemia di dermatifo, vennero istituiti degli edifici idonei quali le Case di Soccorso (dove ricoverare gli infetti al primo stadio e alleggerire il carico degli ospedali maggiori) e le Case di Contumacia, dove invece ospitare i conviventi degli infetti o i sospetti infetti o i degenti in fase di guarigione (Pirondi, 1856).

Furono inoltre costituite nuove figure professionali cui assegnare svariati compiti che andavano dalla disinfezione ed espurgo delle abitazioni dei contagiati, alla sorveglianza degli edifici dove risiedeva un malato, all'accompagnamento dei deceduti alla sepoltura che di solito avveniva in fosse comuni coperte poi da calce viva e nottetempo su adeguati carri detti "carrettoni" catramati per evitare la dispersione dei liquami cadaverici (Tommasini, 1836).

In Italia non si può parlare del colera come di una patologia endemica ma esclusivamente epidemica, essendo i primi contagi sempre importati dall'esterno (Prefettura di Milano, 1868).

Molti sono gli elementi che affascinarono le intelligenze degli studiosi ottocenteschi e condizionarono il loro quadro mentale prima della scoperta: l'esoticità del luogo d'origine e del percorso per giungere in Europa occidentale, la subitanità del contagio e la rapidità della sua diffusione, la misteriosità della cagione del male, la coscienza di una ineluttabile impotenza e incapacità a porre in essere rimedi di qualche efficacia.

La comparsa del morbo nella penisola italiana a metà degli anni Trenta del secolo generò come prima reazione nel mondo medico e scientifico il più totale e sbigottito disorientamento.

Nell'arco di un ventennio i medici focalizzarono più dettagliatamente la sintomatologia, dividendo l'evoluzione della malattia in tre fasi:

- Lo stadio prodromico con diarrea risiforme, vomito, oppressione precordiale, dolori epigastrici, vertigine, tachicardia, contrazioni muscolari, fisionomia alterata, languente vitalità.
- Lo stadio algido contraddistinto dall'aggravarsi dei sintomi del precedente stadio e l'aggiungersi di respirazione affannosa, cianosi delle estremità, polso filiforme e progressiva ipotermia accompagnata da sudorazioni fredde. Tipica era la facies colerica con cute sempre più pallida, naso affilato, bulbi oculari infossati, labbra cianotiche, occhi cerchiati, espressione apatica.
- Lo stadio di reazione con graduale attenuarsi della sintomatologia e l'avvio verso la convalescenza (Grosoli, 1855).

Ad affascinare cupamente le menti dei medici era l'aspetto orripilante che il malato assumeva durante l'agonia e nei suoi ultimi momenti di vita e anche le risultanze delle dissezioni necroscopiche eseguite sulle salme degli infetti (Pacini, 1879).

È facilmente intuibile il terrore che il verificarsi di simili decessi provocasse nella popolazione, soprattutto quando avvenuti in casa o nei cascinali, negli strati più bassi e ignoranti delle città e massimamente in quella contadina, da sempre animata da superstizione.

Nella prima metà del secolo si fronteggiarono quindi due grandi correnti dottrinarie, innescando un lungo dibattito sulla causa del colera: da un lato gli epidemisti che ascrivevano le cause del morbo a fenomeni cosmo-tellurici, dall'altro i contagionisti che al contrario imputavano il diffondersi del morbo alla trasmissione interumana (Namias, 1867).

Il dibattito medico-scientifico proseguì per tutto l'arco del secolo, contrapponendo in accese polemiche i fautori di una tesi contagionista a quelli che al contrario sostenevano la dottrina epidemistica: un contrasto proseguito anche dopo che Robert Koch ebbe isolato il bacillo nel 1883, in quanto molti non ritenevano questa scoperta sufficiente a dimostrare che il vibrione fosse l'effettivo agente eziologico della malattia (Kucharski, 2020).

Le “terapie”

Tra i primi rimedi proposti vi erano i suggerimenti per un'alimentazione che evitasse le carni di qualunque tipo, i pesci in salamoia, le cucurbitacee, i pomodori e i legumi mentre a livello curativo si consigliava di assumere emetici seguiti da un cucchiaino di olio per lo svuotamento intestinale e contemporaneamente frizionare gli arti sia superiori che inferiori e applicare un cataplasma a base di farina di lino nell'area epigastrica (Riccardi, 1855).

La terapia classica prevedeva un trattamento purgativo da attuarsi con olio di ricino e tartaro stibiato, uno stimolante a base di ammoniaca e alcool, uno alterante con calomelano e mercurio e infine uno tonico con Sali di ferro, chinino, oppio e laudano. In osservanza ai dettami terapeutici generali dell'epoca si fece larghissimo uso dei salassi.

Pertanto, la pratica del salasso trovava notevole ostacolo nei pazienti colerosi stante la scarsità di sangue circolante nelle loro vene e la sua consistenza simile a gelatina di ribes, per cui si ricorse ai più originali espedienti per fluidificarlo prima di incidere con la lancetta.

In genere per il primo stadio clinico, quello prodromico, i terapeuti consigliavano di somministrare al paziente, che doveva rigorosamente restare a letto nella calma più assoluta, lievi diaforetici, aggiungendo sostanze oppiacee o polvere di tamarindo solo in caso di intensa diarrea.

Il periodo algido prevedeva invece rimedi ancora più robusti e fantasiosi tutti tesi al riscaldamento del corpo dell'infermo e che comportavano l'uso di varie sostanze quali etere di petrolio, ammoniaca e il cosiddetto “liquore anodino”.

Inoltre, per lenire i crampi invitavano a frizionare energicamente il corpo del paziente con olio canforato e con panni caldi e asciutti, ponendo mattoni riscaldati alle estremità, per infondere calore davanti all'avanzare dell'ipotermia.

Il ruolo dei medici

Nel Regno Lombardo-Veneto vigeva un Regolamento sanitario generale per le malattie epidemiche e contagiose risalente 16 gennaio 1817 che venne integrato da altre disposizioni applicate al cholera-morbus del «rispettato decreto di S. A. I. il Serenissimo Arciduca Vicerè» del 14 ottobre 1835 e con ulteriori norme del 23 giugno 1836 quando il vibrione si era già ampiamente propagato nelle città e nelle campagne della bassa Lombardia.

Il regolamento, firmato dal conte di Hartig marchese d'Adda, era diviso in nove titoli per un totale di 40 articoli, fra cui i doveri dei medici, dei chirurghi, degli ospedali distrettuali e provinciali e il metodo per gli espurgii.

Ogni Regia Città aveva poi un suo specifico regolamento in cui in modo dettagliato venivano specificate le mansioni del medico di Circondario che dipendeva direttamente dal medico Comunale e che doveva risiedere nel circondario stesso e non poteva allontanarsi dalla città se non dietro espresso permesso dell'Ufficio centrale di sanità. Il suo servizio doveva essere prestato notte e giorno senza limite alcuno di orario, indicando sempre la propria reperibilità.

Nel caso dovesse visitare un infermo di colera nella sua abitazione, era suo obbligo fare immediato rapporto al Medico comunale indicando anche le generalità dei conviventi e degli inquilini dell'edificio e valutare se il paziente era trasportabile all'ospedale o per sufficienza dei locali e mezzi potesse effettuare la degenza nella propria casa. Nelle abitazioni dove si erano verificati casi di colera, il Medico di circondario doveva recarsi tre volte al giorno per verificare lo stato di salute degli altri inquilini, rimuovere le cause di insalubrità e ordinare i necessari espurgii. Sul Medico di circondario gravano anche i compiti di esplorare minuziosamente le abitazioni dei “miserabili” per



appurare se vi fossero nascosti individui infetti e suggerire consigli sull'alimentazione, l'abbigliamento e di non dormire a finestre aperte (a onta dell'aerazione). Invece i Medici di sezione dovevano curare gratuitamente i poveri a fronte di un assegno giornaliero di sei lire austriache e vigilare sui casi di morte repentina.

Le norme per degli infermieri

Gli infermieri che prestavano immediata assistenza ai malati erano tenuti in isolamento come i malati stessi. Uno degli infermieri era incaricato al ricevimento degli ammalati e della pulizia del luogo. Generalmente, una volta alla settimana i parenti del malato potevano recarsi alla struttura e chiedere informazioni sui loro cari. Tali informazioni venivano date dall'infermiere incaricato. Gli assistiti non potevano ricevere né mangiare cibo al di fuori di quello che veniva somministrato all'interno della struttura.

Gli infermieri e gli inservienti alla fine del loro turno di lavoro non potevano uscire dalla struttura se prima non venivano "espurgati" tutti i loro vestiti ed effetti personali. Gli infermieri che erano destinati al servizio immediato degli assistiti in stanze separate, non potevano uscire dalle medesime, né comunicare con altre persone al di fuori, oltre che seguire i regolamenti per la prevenzione della diffusione della malattia.



La città di Milano

Già dal settembre 1831, il Consiglio comunale nei suoi bilanci preventivi aveva pensato di inserire somme da stanziare nel caso in cui il colera avesse colpito Milano. Quando si seppe che Parigi era stata raggiunta dal morbo, si infittì la corrispondenza con la Congregazione municipale, la Delegazione provinciale e la Direzione dell'Ospedale Maggiore allo scopo di suddividere la città in "circondari di soccorso" e interessando i medici ai quali affidare i compiti di prevenzione e cura. Milano fu sottoposta a maggiore sorveglianza, furono rinnovate le nomine dei membri della Commissione di beneficenza istituita dal 1831 e rimasta quasi inattiva fino a quel momento. Fu nominata anche una Commissione consiliare per gestire un prestito di Lire 500.000, autorizzato da Vienna, quale copertura di spese preventivate per gestione dell'epidemia (Sorcinelli, 1998).

La città, già suddivisa in quattro circondari di soccorso (e in 16 sezioni), fu dotata di medici dipendenti dalla Congregazione municipale e dalla Delegazione provinciale per poter adempiere a tutte le attività volte al controllo, alla prevenzione, al soccorso, alla cura, alla statistica. Gli addetti ebbero ampie possibilità di intervento sul territorio.

Le Case di Soccorso

Le Case di Soccorso, la cui apertura era stata decisa dalla Congregazione municipale, furono inizialmente sei: San Barnaba, zona Via della Commenda, soltanto maschile; Vicolo del Gallo, in Contrada Santa Margherita, soltanto femminile; dei Cappuccini in Porta Vercellina; di Santo Spirito, zona Porta Nuova; alla Foppa di Porta Comasina (attuale zona Porta Garibaldi, Corso Como) e Borgo di Viarenna civico 3559 (attuale Via Arena, Porta Ticinese).

Nel 1836 il personale sanitario operante nella città di Milano annoverava 144 dottori in medicina e chirurgia, 96 dottori in sola medicina, 58 dottori di sola chirurgia, 32 chirurghi minori, 120 levatrici, 52 speciali e 17 veterinari (Zocchi, 2006).

I decessi furono molto più numerosi tra i pazienti in cura nelle loro abitazioni rispetto a quelli curati nell'Ospedale Maggiore e nel Luogo Pio Trivulzio mostrando i primi un indice di letalità del 76,61% a fronte del 66,30% dei secondi. La grande quantità di degenti ricoverati nell'ospedale di Milano indusse il Consigliere di Governo I. R. Delegato Provinciale Torriceni, per ridurre l'afflusso di contagiati dal contado a emanare il 15 giugno 1836 una circolare diretta agli II. RR. Commissari Distrettuali, alla Congregazione Municipale di Monza, ai Medici e Chirurghi e ai reverendi Parrochi, invitandoli a predisporre Case di Soccorso in loco per evitare sovraffollamento nell'ospedale milanese (Prefettura di Milano, 1868).

Gli uffici di Soccorso e gli Ospedali provvisori per colerosi aperti a partire dal 29 giugno furono definitivamente chiusi il 15 settembre. Furono impiegati durante tutto il ciclo epidemico 15 medici e 51 infermieri e lettighieri: dei primi due risultarono contagiati e uno perì, i secondi ebbero 4 colpiti e 3 decessi.

Alla fine dell'epidemia si annoverarono 848 decessi in città (concentrati all'Ospedale Maggiore e alle Case di Soccorso di S. Angelo e della Simonetta) a fronte dei 1.546 verificatisi in provincia (Ferrario, 1837).

La seconda ondata

Il secondo ciclo epidemico, del 1847, ebbe invece un'incidenza minore ma allertò nuovamente la municipalità. Il flusso dei pazienti ospedalieri nei complessi assistenziali era notevole se paragonato al numero di abitanti del periodo rispetto alla popolazione. Riferendoci ai dati del Fatebenefratelli, nel quinquennio 1839-1843 si riscontra che i pazienti assistiti furono seimila seicento sessantuno, guariti seimila centoquarantotto e deceduti cinquecento tredici, mentre dal 1844 al 1848 pazienti assistiti seimila cinquecento quindici, di cui guariti cinquemila novecento settantanove e deceduti cinquecento trentasei.

In questi dati abbiamo anche i pazienti malati e assistiti nel 1836 causa del colera e i feriti e caduti dell'insurrezione avvenute a Milano.

Sebbene l'epidemia del 1849 investisse marginalmente la città di Milano, furono istituite le Case di Soccorso basandosi sullo schema attuato nel 1836, uniformandosi ai regolamenti dell'ondata precedente.

Innanzitutto, si istituì l'Ufficio centrale di soccorso nella sede stessa del Municipio con lo scopo di rispondere a tutte le esigenze dei colerosi finché il loro numero fosse stato ridotto e avendo come personale un medico direttore, un aggiunto, un ufficiale di sanità, due amanuensi ed un congruo numero di lettighieri, infermieri di ambo i sessi, di cui purtroppo non conosciamo il numero esatto, espurgatorie e guardie per i sequestri. Era anche prevista la presenza a tutte le ore del giorno e della notte di una carrozza per trasportare tale personale nei luoghi dove necessitasse la loro opera.

Il secondo passo fu quello di stabilire in numero di 4 per un totale di 500 letti distribuiti in altrettanti quartieri annoveranti un certo numero di parrocchie, per rendere più agevole il trasporto degli infermi e aprire le «case di contumacia» dove potevano trovare collocamento gli orfani a causa del morbo, individui di famiglie povere che erano venuti in contatto con colerosi e anche coloro che erano stati espulsi dalle loro abitazioni per essere state espurgate. Ogni succursale era provvista di tre medici, di cui uno doveva essere sempre presente in sede 24 ore su 24; un economo-custode, un messo, un numero imprecisato d'infermieri, lettighieri e guardie sanitarie (Strambio & Ambrosoli 1849).

La terza ondata

Nel ciclo epidemico del 1854, la terza ondata, il meccanismo delle Case di Soccorso posto in atto dalle Autorità municipali e sanitarie riprese in maniera abbastanza simile allo schema precedentemente esperito durante le precedenti epidemie del 1836 e del 1849.

Non appena la canonica dell'Ospedale iniziò a registrare un afflusso eccedente di contagiati, furono allestite le prime Case di Soccorso per i colerosi: la prima detta del Gallo e una seconda a Porta Nuova nell'Ospedale Santa Maria di Loreto dei Padri fate-bene-fratelli. La terza fu allestita in contrada Bassano Porrone e sul piazzale delle Galline ad opera del dottor Luigi Motta e infine la quarta nei locali del Ginnasio-liceale di Santa Marta al termine dello stradone di S. Vittore al Corpo.

Il 31 gennaio 1855 si era provveduto a chiudere l'Ufficio centrale di soccorso allestito nel 1854, lasciando però attivi un ospedale per colerosi e una casa interinale di ricovero per le famiglie degli ammorbatati.

Gli Uffici filiali rimasero attivi fino al 6 ottobre e in ognuno di essi lavoravano due medici, un custode, due commessi per gli espurghi, un facchino espurgatore, due pedoni, due inservienti e quattro lettighieri.

Si incaricarono "commessi di sanità" di visitare le osterie e le locande per l'osservanza delle misure igieniche ordinate, e di segnalare le cause di insalubrità dei caseggiati.

L'elevato indice di letalità che si registrò a Milano nel 1855 è conferma del cospicuo numero di orfani i cui genitori furono vittime del morbo asiatico e in aiuto dei quali la Congregazione Municipale istituì una raccolta di fondi di beneficenza (Ferrario, 1855).

Nel corso dell'epidemia del 1867 la popolazione dei Corpi Santi (soprattutto nel Borgo degli Ortolani e in quello di Porta Magenta) diede vita a vivaci manifestazioni di intolleranza e insubordinazione che mai si erano verificati in occasione delle precedenti ondate epidemiche: la gente preferiva nascondersi pur di sottrarsi ai controlli delle Commissioni Sanitarie e talvolta morire in solitudine in capanni isolati piuttosto che essere ospedalizzata.

La renitenza all'ospedalizzazione dovuta a pregiudizi e timore di avvelenamenti da parte dei sanitari condusse infatti a 154 casi di individui trovati cadaveri o agonizzanti per aver rifiutato di chiamare il medico o sottrarsi al ricovero.

Nuovi e antichi ricordi

I dati e le osservazioni analizzate ci riportano ai giorni vissuti del 2020: contenimento, divieto di assembramento, professionisti contagiati e morti, teorie negazioniste e green pass... parole moderne dal profondo sapore antico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it



Mauro Mastronardi
Infermiere presso l'ospedale ASL
di Frosinone

"L'arte di ascoltare i battiti del cuore" e il ruolo dell'infermiere nella società moderna

"The art of hearing heartbeats" and the role of the nurse in modern society

INTRODUZIONE

"L'arte di ascoltare i battiti del cuore" di Jan-Philipp Sendker è una storia che esplora la capacità di ascoltare, amare e comprendere profondamente le persone. Nel romanzo, Tin Win, uno dei personaggi principali, sviluppa una sensibilità unica nell'ascoltare il cuore delle persone per coglierne le emozioni più intime. Questo atto di ascolto non si limita all'aspetto fisico, ma diventa un potente simbolo di empatia e cura. La stessa sensibilità e attenzione sono requisiti fondamentali per gli infermieri nella nostra società. Oggi, il loro ruolo è più che mai cruciale, ma anche sottovalutato, in un mondo in cui la tecnologia spesso supera l'aspetto umano della cura.

Empatia e Ascolto:

Il Cuore della Professione Infermieristica

Nel romanzo, Tin Win, nonostante la cecità, sviluppa la capacità di percepire l'essenza delle persone attraverso il suono dei loro battiti cardiaci. Questa immagine rappresenta la capacità di andare oltre l'apparenza, di capire ciò che è invisibile agli occhi ma tangibile al cuore. Gli infermieri, in modo simile, devono saper "ascoltare" i pazienti in un senso più profondo, interpretando i loro bisogni non solo attraverso i sintomi fisici, ma anche attraverso i segnali emotivi e psicologici.

Nella società odierna, la professione infermieristica è una delle colonne portanti del sistema sanitario, eppure spesso viene trascurata o data per scontata. Come Tin Win ascolta attentamente i battiti del cuore, gli infermieri devono cogliere i bisogni dei pazienti che vanno al di là di ciò che può essere diagnosticato o curato con una



TITOLO: L'ARTE DI ASCOLTARE I BATTITI DEL CUORE

AUTORE: JAN-PHILIPP SENDKER

TRADUTTORE: FRANCESCO PORZIO

CASA EDITRICE: BEAT

ANNO: 2011

pillola. Questo richiede empatia, una caratteristica che, proprio come nel romanzo, non può essere insegnata solo con la formazione tecnica, ma si sviluppa attraverso la cura e l'attenzione verso gli altri.

Il Ruolo dell'Infermiere Oggi: Tecnologia e Umanità

In un mondo sempre più dominato dalla tecnologia, la figura dell'infermiere assume una valenza speciale. Le innovazioni mediche hanno trasformato la sanità, rendendo le cure più rapide ed efficienti, ma spesso a scapito dell'elemento umano. Gli infermieri, però, continuano a rappresentare quel ponte tra il progresso tecnologico e il bisogno di vicinanza umana. Il tocco, lo sguardo, la parola confortante di un infermiere possono avere un impatto terapeutico tanto quanto le macchine e i farmaci.

Nel romanzo, l'arte dell'ascolto profondo diventa un dono raro e prezioso, proprio come nella nostra società moderna la capacità degli infermieri di "ascoltare" veramente i pazienti è sempre più essenziale. In un ambiente ospedaliero o clinico, dove le decisioni devono essere rapide e le procedure standardizzate, gli infermieri sono spesso quelli che offrono il tempo e la pazienza necessari per capire i pazienti come individui unici.

La Cura Invisibile: Il Parallelo con la Vita Moderna

Proprio come nel romanzo di Sendker, dove il legame tra le persone è spesso invisibile ma potente, anche il lavoro dell'infermiere è una forma di "cura invisibile". Gli infermieri non sono solo coloro che somministrano terapie o monitorano i parametri vitali; sono anche coloro che confortano, rassicurano e accompagnano i pazienti nei momenti più difficili della loro vita. Il loro lavoro spesso non riceve il giusto riconoscimento nella nostra società moderna, dove l'attenzione è spesso rivolta ai medici o alle tecnologie avanzate, ma il loro ruolo è fondamentale per il benessere globale del paziente.

Nel mondo di oggi, caratterizzato da una frenesia costante e da una comunicazione sempre più virtuale, il contatto umano offerto dagli infermieri diventa una risorsa inestimabile. Così come Tin Win percepiva l'essenza delle persone con il cuore, l'infermiere moderno deve percepire le necessità dei pazienti, spesso andando oltre ciò che è visibile. La pandemia di COVID-19, ad esempio, ha messo in luce in modo drammatico quanto gli infermieri siano fondamentali per il benessere della società. Durante la crisi sanitaria, sono stati non solo operatori sanitari, ma anche il supporto emotivo per pazienti isolati e spaventati, dimostrando che l'aspetto umano della cura è insostituibile.



L'Infermiere come Mediatore di Speranza e Cura

In un'epoca in cui si parla molto di efficienza e performance, la figura dell'infermiere rappresenta un baluardo di speranza. Esattamente come Tin Win cerca di comprendere le persone attraverso il battito del cuore, gli infermieri cercano di capire i loro pazienti attraverso una comunicazione che non si limita alle parole. Il loro ruolo nella società moderna è quello di mediatori tra il progresso medico e il bisogno di umanità, tra la scienza e il cuore.

Nel romanzo di Sendker, il protagonista non è un eroe tradizionale, ma una figura che agisce con delicatezza e sensibilità, proprio come gli infermieri che lavorano spesso nell'ombra, offrendo un supporto indispensabile nei momenti di maggiore vulnerabilità. Il vero eroismo, come ci mostra il romanzo, risiede nella capacità di prendersi cura degli altri, ascoltare e offrire conforto, qualità che definiscono la professione infermieristica.

Conclusione

"L'arte di ascoltare i battiti del cuore" ci ricorda l'importanza dell'ascolto profondo e della comprensione, aspetti che sono centrali anche nel lavoro degli infermieri nella nostra società. In un mondo sempre più orientato alla tecnologia e alla rapidità, la figura dell'infermiere ci invita a rallentare e a riconnetterci con la dimensione più umana della cura. Come Tin Win nel romanzo, gli infermieri sono coloro che fanno "ascoltare il cuore" e prendersi cura delle persone in modo autentico, rappresentando una delle figure più vitali e preziose della nostra società odierna.



italianjournalofnursing.it