

# 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.2/2025

12 MAGGIO

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

*Insieme  
costruiamo  
salute.*



NEGLI INFERMIERI LA SOLUZIONE.



OPI

MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA



FNOPI

## 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](http://www.opimilomb.it) – [info@italianjournalofnursing.it](mailto: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](mailto: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 Infermiere di Famiglia e Comunità: non è il futuro, ma un presente da valorizzare

*Family and Community Nurse: not the future, but a present to be valued*

Pasqualino D'Aloia

## Attualità e professione

### 4 Nuovo Codice ATECO per gli Infermieri: riconoscimento della professione come attività intellettuale

*New ATECO code for nurses: recognition of the profession as an intellectual activity*

Comitato di Redazione

## Innovazioni

### 5 "Realtà Virtuale: Un Approccio Innovativo per la Gestione Non Farmacologica del Dolore Pediatrico"

*Virtual reality: an innovative approach to the non-pharmacological management of pediatric pain*

Anna Vanacore, Mauro Mastronardi

## Formazione

### 8 L'apprendimento autodiretto come metodologia per incrementare i livelli di empowerment degli studenti di infermieristica: una scoping review

*Self-directed Learning as a method for improving Nursing Students' Empowerment: a scoping review*

Francesca Palpella, Andrea Grazioli

### 16 Innovare la formazione in sanità: il potenziale delle carte Dixit nel pensiero visuale

*Innovating healthcare training: the potential of Dixit cards in visual thinking*

Simone Catalano, Anna Scaramellini

## Pubblicazioni

### 20 Barriere e facilitatori inerenti all'applicazione dell'evidence-based nursing: una revisione della letteratura

*Barriers and facilitators to implementing evidence-based nursing: a review*

Paolo Paglialonga, Antonio Vitiello, Elisabetta Balestreri, Vittoria Frontuto

### 32 La gestione della donna con storia di violenza di genere, ricoverata in contesti di cure per acuti: revisione narrativa della letteratura

*Management of women with a history of gender-based violence hospitalized in acute care settings: a narrative review*

Martina Ruberto, Giovanna Castellini, Silvia Ronchi

## Voci dal Territorio

### 44 Soddisfare le esigenze clinico-assistenziali dei pazienti ematologici: un modello infermieristico innovativo

*Trying to fulfill haematological patient's needs: a new nurse-led model*

Antonella Meringolo, Gaia Randazzo, Paola Bellini, Francesca Savioni, Maria G. Panozzo, Nicola Orofino, Annalisa Citro, Alessandro Corso

## Speciale Pediatria

### 51 Salute e scuola: infermieri a scuola, un progetto pilota dell'ordine delle professioni infermieristiche

*Health and school: nurses in schools, a pilot project by OPI*

Federica Buzzi, Patrizia Bertani, Daniela Zimmermann

### 60 Giochi senza batteri, un progetto educativo di scambio intergenerazionale

*Games without bacteria, an inter-generational exchange educational project*

Stefania Tinti, Elisabetta Zanini, Annalisa Alberti, Katia Cappuccio, Paolo Chiapponi, Emiliano Gaffuri, Stefania Gallo, Loredana Gervasi, Roberta Laurora, Giorgia Saporetto, Rosanna Veronese, Giada Vescarelli, Marco Vignati, Loredana Viviano, Maria Pia Cappuccio, Marco Bosio

### 66 Scuola e diabete: strategie educative e promozione del self-care. Una revisione della letteratura

*School and diabetes: educational strategies and promotion of self-care. A review of the literature*

Sachini Bagaya Fernando Kachchkaduge, Letizia Depalma, Donatella Luongo, Silvia Gasparini

**Pasqualino D'Aloia**

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

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

# Infermiere di Famiglia e Comunità: non è il futuro, ma un presente da valorizzare

*Family and Community Nurse: not the future,  
but a present to be valued*

C'è un futuro che non ha bisogno di essere immaginato, ma solo riconosciuto. È quello che, da mesi, entra nelle case delle persone, ascolta, valuta, prende decisioni, supporta famiglie, cura. **È l'Infermiere di Famiglia e di Comunità: non una figura teorica, non un'ipotesi da convegno, ma una realtà tangibile che si muove già nei territori**, dentro i bisogni, in risposta diretta a una trasformazione in atto.

Il PNRR ha tracciato una rotta precisa: **il territorio deve diventare l'ospedale del futuro**. E se questo è il futuro, allora l'Infermiere di Famiglia e Comunità ne è l'antesignano. Perché è lì, è operativo, è stato selezionato, formato, inserito. Non stiamo parlando di un progetto pilota, ma di un modello di cura già operativo, che va ora riconosciuto e potenziato.

Oggi, la Federazione con i Ministeri competenti stanno predisponendo tre percorsi di laurea specialistica, di cui uno dedicato alla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Ma formare non basta: **serve valorizzare**. E valorizzare non è solo una questione di visione, è una questione concreta: riguarda il riconoscimento economico, la definizione di ruoli chiari, la possibilità di lavorare in modo integrato con le altre figure del sistema salute. L'assistenza domiciliare, lo sappiamo, è una sfida enorme, con un impatto diretto sulla qualità della vita dei pazienti e delle famiglie, ma anche sui costi individuali della cura, che spesso pesano in modo sproporzionato su chi ha meno risorse. In questo contesto, **la leadership infermieristica diventa una priorità. Ecco perché investire sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità non è solo auspicabile, ma necessario**.

Ogni professionista che lavora nel territorio, con competenza e autonomia, riduce l'accesso improprio al pronto soccorso, previene il peggioramento delle cronicità, accompagna i pazienti lungo percorsi di cura più sostenibili e più umani. È una questione di efficacia, di giustizia ma, ancor prima, di visione strategica.

Ormai è chiaro come la carenza infermieristica non rappresenti tanto un evento imprevisto, quanto una condizione strutturale, che ci accompagna da sempre e che non si risolve sperando in risorse esterne o aspettando che il sistema si aggiusti da solo. Se vogliamo porvi rimedio, è necessario valorizzare il capitale umano presente, quello che ogni giorno, spesso in silenzio, tiene in piedi servizi, ambulatori, assistenza domiciliare, continuità delle cure.

Anche in questa logica, **il Codice Deontologico si aggiorna per rispondere a un contesto che cambia**. Non si dice più che "il tempo di relazione è tempo di cura", ma che "il tempo di cura è tempo di relazione", enfatizzando come **la relazione sia parte integrante della cura stessa**. Non è un gioco di parole: è uno spostamento di significato, che porta con sé una domanda fondamentale, in questa attenzione oltre al tempo: ma alla fine, **quanto è importante la cura del curante?**

Prenderci cura di chi cura, oggi più che mai, è l'unico modo per **garantire la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale**. E per costruire un futuro in cui il valore delle persone – e di chi le assiste – sia finalmente riconosciuto per ciò che è: la risorsa più preziosa che abbiamo.

Buon lavoro,

Pasqualino D'Aloia

Comitato di Redazione

# Nuovo Codice ATECO per gli Infermieri: riconoscimento della professione come attività intellettuale

*New ATECO code for nurses: recognition of the profession as an intellectual activity*

Un ulteriore passo avanti per gli infermieri. Dal 1° gennaio 2025 è ufficialmente in vigore il nuovo codice ATECO **86.94.01**, dedicato alle "Attività infermieristiche". Questo aggiornamento sancisce il riconoscimento della professione infermieristica come professione intellettuale, abbandonando definitivamente la generica classificazione precedente (89.90.29), che includeva diverse attività sanitarie non specificate.

Il nuovo codice non è soltanto una modifica formale, ma una conquista che sottolinea l'identità professionale degli infermieri e la loro centralità all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Un cambiamento che interessa soprattutto i **liberi professionisti**, i quali potranno ora identificare in modo chiaro e preciso la propria attività all'apertura o alla modifica della partita IVA.



## Un passo storico per la professione infermieristica

Dal 2018, con l'istituzione degli ordini professionali e l'obbligo di iscrizione all'albo, la figura dell'infermiere ha guadagnato sempre più riconoscimento e autorevolezza. L'introduzione del nuovo codice ATECO rappresenta il risultato di un lungo percorso, sostenuto dalla **Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)**, che da anni lavora per la piena valorizzazione del ruolo professionale e che dal 2020 collabora con ISTAT per garantire che la professione sia adeguatamente rappresentata nelle classificazioni ufficiali.

Il codice ATECO non è solo uno strumento statistico: viene utilizzato anche per fini fiscali e amministrativi, come la determinazione della redditività nel regime forfettario o l'identificazione delle attività essenziali in contesti critici (è quanto accaduto durante il lockdown).

"Il nuovo codice – commenta **Pasqualino D'Aloia**, presidente dell'**OPI di Milano-Lodi-Monza e Brianza** – non solo facilita la gestione fiscale e amministrativa, ma sottolinea anche il ruolo centrale e intellettuale della professione infermieristica nel sistema sanitario. Gli infermieri sono professionisti dotati di competenze e autonomia; intervengono nella gestione clinica, nella prevenzione e nell'educazione sanitaria. Questo aggiornamento è un passo fondamentale per consolidare la loro identità professionale e il loro contributo al benessere della collettività".



**Anna Vanacore**

Infermiera, ASL di Frosinone

**Mauro Mastronardi**

Infermiere, ASL di Frosinone

# “Realtà Virtuale: Un Approccio Innovativo per la Gestione Non Farmacologica del Dolore Pediatrico”

*Virtual reality: an innovative approach to the non-pharmacological management of pediatric pain*

La gestione del dolore pediatrico rappresenta una delle principali sfide nell'ambito della medicina pediatrica, sia per la sua complessità clinica sia per l'impatto psicologico che determina nei pazienti più giovani. La percezione del dolore nei bambini è influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali, con ansia e paura che amplificano l'esperienza dolorosa, soprattutto durante procedure invasive come prelievi

ematici, vaccinazioni e medicazioni. Negli ultimi anni, l'interesse verso approcci non farmacologici nella gestione del dolore ha portato allo sviluppo e all'implementazione di tecnologie innovative. Tra queste, la Realtà Virtuale (VR) è emersa come uno strumento promettente, in grado di modulare la percezione del dolore attraverso meccanismi di distrazione cognitiva. La VR si basa sull'immersione sensoriale in ambienti digitali tridimensionali, i quali catturano l'attenzione del paziente, riducendo l'attivazione delle vie nocicettive attraverso meccanismi neurali top-down (Pini et al., 2018). Studi recenti hanno dimostrato che l'utilizzo della VR può influenzare positivamente la percezione del dolore, diminuendo l'ansia associata alle procedure mediche e migliorando la compliance dei pazienti pediatrici (Hoffman et al., 2000; Malloy et al., 2020).

## **Contestualizzazione del percorso di miglioramento/esperienza**

La gestione del dolore pediatrico durante procedure mediche invasive rappresenta una problematica di rilievo nei contesti ospedalieri a livello globale. Diversi studi pubblicati su riviste scientifiche indicizzate, tra cui articoli reperiti tramite PubMed, hanno dimostrato come l'ansia e il disagio psicologico possano aggravare la percezione del dolore nei bambini, influenzando negativamente l'efficacia delle procedure e la compliance dei piccoli pazienti. In questo contesto, l'uso della Realtà Virtuale (VR) è stato proposto come metodo complementare alla gestione del



dolore, in grado di intervenire sulla componente cognitiva e psicologica del dolore. La VR, utilizzando l'immersione sensoriale e la distrazione visiva, riduce l'attenzione rivolta alla procedura dolorosa e limita l'attivazione delle vie nocicettive attraverso meccanismi centrali.

Numerosi studi hanno riportato risultati promettenti sull'efficacia della VR nelle procedure pediatriche. Ad esempio, uno studio di Hoffman et al. (2000) ha evidenziato una riduzione significativa della percezione del dolore nei pazienti pediatrici sottoposti a medicazioni di ferite da ustione. Analogamente, Malloy e Milling (2020) hanno condotto una meta-analisi che ha confermato il potenziale della VR nel ridurre sia il dolore sia i livelli di ansia nei bambini durante procedure come prelievi ematici, vaccinazioni e trattamenti ambulatoriali. Questi dati suggeriscono che l'applicazione della VR nei contesti pediatrici possa migliorare l'esperienza del paziente e ottimizzare il lavoro del personale sanitario. L'adozione di protocolli standardizzati, come illustrato nello Schema 1, garantisce un'applicazione efficace e misurabile dello strumento VR.

#### **Schema 1 - Protocollo di intervento con Realtà Virtuale**

| Fase                           | Descrizione                                                     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Valutazione iniziale        | Rilevazione dei parametri basali di dolore e ansia (scala VAS). |
| 2. Informazione e consenso     | Spiegazione dell'intervento a genitori e bambini.               |
| 3. Applicazione della VR       | Introduzione graduale e avvio della simulazione virtuale.       |
| 4. Procedura clinica           | Esecuzione della procedura con utilizzo concomitante della VR.  |
| 5. Valutazione post-intervento | Misurazione finale di dolore e ansia, confronto dei parametri.  |

L'implementazione della realtà virtuale, supportata da evidenze scientifiche, si configura come un approccio innovativo per migliorare la qualità dell'assistenza pediatrica, offrendo una soluzione non farmacologica per la gestione del dolore e riducendo l'impatto emotivo negativo delle cure mediche.

#### **Obiettivi del percorso/progetto/indagine**

*L'indagine ha perseguito i seguenti obiettivi principali:*

1. Valutare l'efficacia della realtà virtuale nella riduzione della percezione del dolore durante procedure invasive nei pazienti pediatrici.
2. Misurare l'effetto della VR sull'ansia e sul disagio psicologico dei bambini.
3. Promuovere un miglioramento nella compliance e nella collaborazione del paziente durante l'intervento.
4. Valorizzare il ruolo del personale infermieristico nella gestione multidisciplinare del dolore attraverso l'adozione di strumenti tecnologici innovativi.

#### **RISULTATI**

##### ***Percezione del dolore e dell'ansia***

I dati raccolti mediante la scala VAS (Visual Analog Scale) hanno evidenziato una significativa riduzione della percezione del dolore e dell'ansia nei pazienti sottoposti a procedure invasive con l'utilizzo della VR rispetto al gruppo di controllo. I risultati sono presentati in Tabella 1.

**Tabella 1 - Confronto della percezione del dolore e dell'ansia**

| Gruppo                | Dolore percepito (media VAS) | Ansia percepita (media VAS) |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Con realtà virtuale   | 2,5 ± 0,7                    | 3,0 ± 0,8                   |
| Senza realtà virtuale | 6,5 ± 1,2                    | 7,0 ± 1,1                   |

Come si evince dalla Tabella 1, l'utilizzo della VR ha determinato una riduzione del dolore percepito di oltre il 60% e dell'ansia di circa il 57% rispetto al gruppo di controllo ( $p < 0,01$ ).

### Feedback del personale sanitario

L'introduzione della VR ha ricevuto un elevato grado di accettazione anche da parte del personale sanitario. I dati relativi al feedback sono riassunti in Tabella 2.

**Tabella 2 - Valutazione dell'efficacia della VR da parte del personale sanitario**

| Parametro valutato               | Valutazione positiva (%) |
|----------------------------------|--------------------------|
| Facilità di applicazione         | 95%                      |
| Efficacia nella distrazione      | 92%                      |
| Riduzione dello stress operativo | 88%                      |

La Tabella 2 mostra che il 95% degli operatori ha ritenuto la VR uno strumento facilmente applicabile, mentre il 92% ne ha confermato l'efficacia nella distrazione del bambino e nel miglioramento della collaborazione durante la procedura.

### CONCLUSIONI

I risultati di questo studio dimostrano che l'utilizzo della realtà virtuale rappresenta un intervento non farmacologico efficace e sicuro per la gestione del dolore pediatrico. Il meccanismo della distrazione cognitiva attraverso l'immersione sensoriale ha permesso di ridurre significativamente la percezione del dolore e l'ansia nei bambini, migliorando al contempo l'esperienza complessiva del paziente e del personale sanitario.

### Raccomandazioni per l'implementazione futura

- Formazione specifica del personale sanitario per ottimizzare l'applicazione della VR.
- Personalizzazione dei contenuti virtuali in base all'età e alle preferenze del bambino.
- Analisi costi-benefici, al fine di favorire l'adozione della VR su larga scala nei contesti ospedalieri pediatrici.

Ulteriori studi prospettici potrebbero esplorare l'impatto a lungo termine della VR sulla percezione del dolore cronico e sul benessere psicologico dei bambini, con l'obiettivo di consolidarne l'utilizzo come pratica clinica standardizzata.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:** [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)



**Francesca Palpella**

RN, MSN – tutor del Corso di Laurea in Infermieristica e docente a contratto MED/45 Università degli Studi di Milano

**Andrea Grazioli**

RN, MSN – tutor del Corso di Laurea in Infermieristica e docente a contratto MED/45 Università degli Studi di Milano

# L'apprendimento autodiretto come metodologia per incrementare i livelli di empowerment degli studenti di infermieristica: una scoping review

*Self-directed Learning as a method for improving Nursing Students' Empowerment: a scoping review*

**ABSTRACT****Introduzione**

L'empowerment si può definire come il processo di riconoscimento, promozione e potenziamento delle abilità individuali per rispondere ai propri bisogni (anche quelli di apprendimento) e mobilitare le risorse necessarie per esercitarne il controllo all'interno della propria vita. Nella formazione infermieristica, numerosi approcci

sono stati esplorati per migliorare l'apprendimento pur restando la didattica tradizionale l'approccio più diffuso. L'apprendimento autodiretto, definito come un processo in cui lo studente assume l'iniziativa di apprendere autonomamente, rappresenta una competenza essenziale per lo sviluppo professionale. Studi in letteratura hanno esplorato il concetto di empowerment in relazione ai comportamenti adottati nell'ambiente di apprendimento clinico; pochi però quelli che hanno indagato la correlazione tra l'apprendimento autodiretto e l'empowerment.

**Obiettivo**

Esplorare gli effetti dell'apprendimento autodiretto sull'empowerment degli studenti di infermieristica.

**Metodi**

È stata condotta una scoping review consultando le banche dati: PubMed, Web of Science, Scopus e CINAHL. I criteri di inclusione sono stati studi primari, pubblicati dal 2019-2024 con disponibilità del testo completo. Sono stati identificati 171 articoli, di questi 60 sottoposti a screening per titolo e abstract. Inclusi infine 8 articoli.



**Risultati**

Gli studi mostrano come l'apprendimento autodiretto impatti positivamente su: motivazione, autoefficacia, capacità di problem solving, pensiero critico, fiducia e valori professionali-etici degli studenti. La motivazione ha mostrato un impatto significativo sulla capacità di autoapprendimento. Alcuni studi hanno rivelato differenze statisticamente significative per le variabili genere e Paese nell'abilità di apprendimento autodiretto.

**Conclusione**

La relazione tra apprendimento autodiretto e l'empowerment tra gli studenti d'infermieristica è stata oggetto di limitate indagini. La comprensione dei suoi effetti positivi può contribuire ad aumentare l'empowerment, migliorandone le competenze e consentendo di ottenere successi sia accademici che professionali, oltre che ad aumentare la motivazione e favorire la capacità di soddisfare autonomamente le proprie esigenze formative.

**Parole chiave**

Apprendimento autodiretto, motivazione, empowerment.

**ABSTRACT****Introduction**

Empowerment is a process of recognizing, promoting, and enhancing individual skills to meet their own needs (including learning ones) and mobilize resources to feeling control over their own lives. In nursing education, different approaches have been explored to improve learning, but traditional teaching remains the most common approach. Self-directed learning, defined as a process in which students take the initiative to learn independently, represents an essential skill for professional development. Previous studies have explored the concept of empowerment in the clinical learning environment; however, few studies have investigated the correlation between self-directed learning and empowerment.

**Aim**

To explore if self-directed learning enhances nursing students' empowerment;

**Methods**

The scoping review was conducted via PubMed, Web of Science, Scopus, and CINAHL. The inclusion criteria were primary studies, published from 2019 to 2024, and available in full-text. A total of 171 articles were identified, among these 60 were screened for title and abstract. Finally, a total of 8 articles were included.

**Results**

The studies included explore the impact of self-directed learning on nursing students, revealing positive effects on motivation, self-efficacy, problem-solving ability, critical thinking, confidence, and nursing professional values. Motivation has a strong relation with self-directed learning abilities. Finally, some studies show a statistically significant differences for gender and country over self-directed learning.

**Conclusion**

The relationship between self-directed learning and empowerment among nursing students has been poorly investigated. Understanding its positive effects can contribute to increasing empowerment, enhancing skills and academic and professional success, as well as motivation, and fostering the ability to meet their own educational needs.

**Key words**

Self-directed learning, motivation, empowerment.

**INTRODUZIONE**

Gli infermieri rappresentano il gruppo più numeroso di professionisti della salute, 27.9 milioni nel mondo secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e quello con le potenzialità maggiori per influenzare la salute della popolazione (World Health Organization, 2020). Tuttavia, l'OMS stima una carenza di personale sanitario di 7,2 milioni a livello globale, con una domanda di personale infermieristico che raggiungerà, entro il 2035, i 12.9 milioni (Adams, Ryan and Wood, 2021). Negli ultimi anni, in Italia, si sta osservando una riduzione del numero di laureati in Infermieristica che rischia di esacerbare la carenza di personale in futuro (OECD, 2021) ed una diminuzione del tasso di iscrizioni ai corsi di Laurea in Infermieristica a fronte di un aumento dei posti a bando (Mastrillo, 2023). Attualmente, in Europa, suscita crescente preoccupazione tra le organizzazioni sanitarie l'aumento del numero di infermieri che manifestano l'intenzione di abbandonare la professione. Un recente studio condotto in 10 paesi europei ha riportato che uno studente di infermieristica su quattro ha dichiarato la volontà di abbandonare la carriera ancora prima di aver completato il proprio percorso formativo (Kajander-Unkuri et al., 2021). L'abbandono della professione è un processo complesso caratterizzato da una serie di fasi che comprendono elementi psico-

logici, cognitivi e comportamentali, i quali influenzano l'intenzione di un dipendente di lasciare volontariamente la propria professione. Sono stati individuati dalla letteratura diversi fattori correlati all'intenzione degli infermieri neo-laureati di abbandonare la professione. Tra questi emergono: il contrasto tra le aspettative e la realtà della pratica quotidiana, ed un'insoddisfazione per l'ambiente lavorativo (Nantsupawat et al., 2017; Sasso et al., 2019). Un ambiente lavorativo che agevola l'evoluzione delle carriere, promuove lo sviluppo professionale e instaura un clima di fiducia nell'istituzione e nei suoi leader mostra una correlazione positiva con l'efficacia professionale e l'empowerment dei professionisti (Bobbio and Manganelli, 2015; Leone et al., 2015; Li et al., 2018).

L'empowerment è un costrutto estremamente complesso e sfaccettato, difficile da definire in modo univoco, poiché assume varie forme in base al contesto in cui viene esaminato. Nel campo della promozione della salute, l'empowerment può essere definito come un processo di scoperta e sviluppo della propria capacità intrinseca di assumere la responsabilità della propria vita (Funnell et al., 1991). Dello stesso anno, un'altra definizione di empowerment che si può adattare al contesto dell'apprendimento sottolinea come questo sia il processo di riconoscimento, promozione e potenziamento delle abilità individuali per rispondere ai propri bisogni (e quindi anche quelli di apprendimento) e mobilitare le risorse necessarie per esercitarne il controllo all'interno della propria vita (Gibson, 1991). Dal punto di vista organizzativo, l'empowerment si riferisce alla capacità degli individui di esercitare un'influenza significativa sul proprio lavoro e di assumersi la responsabilità personale per migliorare i processi la-

vorativi, contribuendo in tal modo al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione. Spence Laschinger et al. (2010) propongono un modello di empowerment infermiere/paziente concepito come un orientamento per promuovere la creazione di un contesto che permetta di erogare un'assistenza infermieristica di qualità, garantendo nel contempo risultati positivi sia per gli infermieri sia per i pazienti. Questo modello integra la teoria dell'empowerment strutturale di Rosabeth Kanter (1993) e quella di empowerment psicologico di Spreitzer G. M. (1995). L'empowerment strutturale si riferisce all'esistenza di strutture sociali sul posto di lavoro che permettono agli individui di raggiungere i propri obiettivi la-

vorativi attraverso l'accesso a opportunità, informazioni pertinenti, supporto e risorse (Kanter, 1993; Sarmiento, Spence Laschinger and Iwasiv, 2004). I determinanti strutturali possono essere modificati dai leader organizzativi. Traslando quest'ultimo concetto nell'ambito della formazione infermieristica, i docenti universitari e i tutor sono responsabili di promuovere cambiamenti mirati a creare condizioni di apprendimento favorevoli (Moore and Ward, 2017). L'empowerment psicologico si riferisce invece a uno stato motivazionale che comprende quattro funzioni cognitive fondamentali: la significatività, l'abilità, l'autodeterminazione e l'influenza (Thomas and Velthouse, 1990; G. M. Spreitzer, 1995). In questo ambito, i formatori possono promuovere negli studenti la consapevolezza di loro stessi, abilità, autodeterminazione e l'influenza percepita derivante dal loro impegno.

Negli ultimi anni, numerosi approcci educativi sono stati esplorati nell'ambito della formazione infermieristica al fine di migliorare l'apprendimento degli studenti d'infermieristica anche se la didattica tradizionale, quale la lezione frontale, risulta essere ancora l'approccio più diffuso (Du et al., 2022). Ricerche recenti hanno evidenziato le promettenti prospettive di strategie di apprendimento attive nell'ambito della formazione infermieristica come la simulazione ad elevata fedeltà. Tale approccio si è rivelato efficace nel favorire lo sviluppo di conoscenze e competenze, nonché nel potenziare l'efficienza e la persistenza dell'apprendimento (Tong et al., 2022). Ancora, l'insegnamento tra pari si è dimostrato efficace nel sviluppare l'abilità tecnica nell'ambito della formazione dei professionisti sanitari (Zhang et al., 2022). Inoltre, la metodologia del Problem Based Learning ha mostrato una maggiore efficacia rispetto alla metodologia tradizionale nel migliorare le capacità comunicative e di problem-solving (Trullàs et al., 2022).



L'apprendimento autodiretto (AAD), in inglese Self-Directed Learning, riveste un ruolo fondamentale nell'ambito della formazione infermieristica, rappresentando una competenza essenziale per il continuo sviluppo professionale (Wong, Tang and Cheng, 2021). Inoltre, l'AAD è una componente importante nel promuovere l'apprendimento individuale al fine di fornire un'assistenza efficace e di qualità (Smedley, 2016). L'AAD si configura come un processo in cui l'individuo assume l'iniziativa di apprendere autonomamente e senza assistenza esterna, riconosce i propri bisogni formativi e definisce degli obiettivi personali, riconosce le risorse necessarie, attua strategie di apprendimento adeguate e valuta i risultati ottenuti (Knowles, Holton III and Swanson, 2008). Tale metodologia, favorisce l'organizzazione dell'apprendimento, il trasferimento delle conoscenze in contesti diversi, nonché la capacità di risolvere i problemi e l'interesse nell'apprendimento (Tekkol and Demirel, 2018). Inoltre, l'AAD riveste un ruolo cruciale nel motivare gli studenti attraverso una comprensione approfondita dei propri bisogni formativi e la ricerca attiva di nuove opportunità di apprendimento (Tekkol and Demirel, 2018). Una revisione della letteratura condotta da Al-Niarat and Abumoghli (2019), sui fattori che influenzano l'empowerment negli studenti di infermieristica, ha evidenziato che le competenze di questi studenti possono contribuire significativamente alla soddisfazione dei propri bisogni formativi, trasformandoli in professionisti competenti e autonomi, il cui apprendimento perdura nel tempo e che in futuro dimostreranno un maggiore livello di empowerment. Diversi studi presenti in letteratura hanno esplorato il concetto di empowerment in relazione ai comportamenti adottati nell'ambiente di apprendimento clinico. La maggior parte delle ricerche indica una correlazione tra l'empowerment e le competenze professionali, le abilità, la motivazione e la fiducia. Tuttavia, in letteratura sono ancora pochi gli studi che abbiano indagato la correlazione tra l'apprendimento autodiretto e l'empowerment degli studenti di infermieristica.

## OBIETTIVO

Lo scopo di questa revisione è esplorare se l'apprendimento autodiretto possa contribuire a ridurre il divario tra le aspettative degli studenti e le conoscenze acquisite, generando in loro un maggior senso di empowerment nell'esercizio delle competenze cliniche.

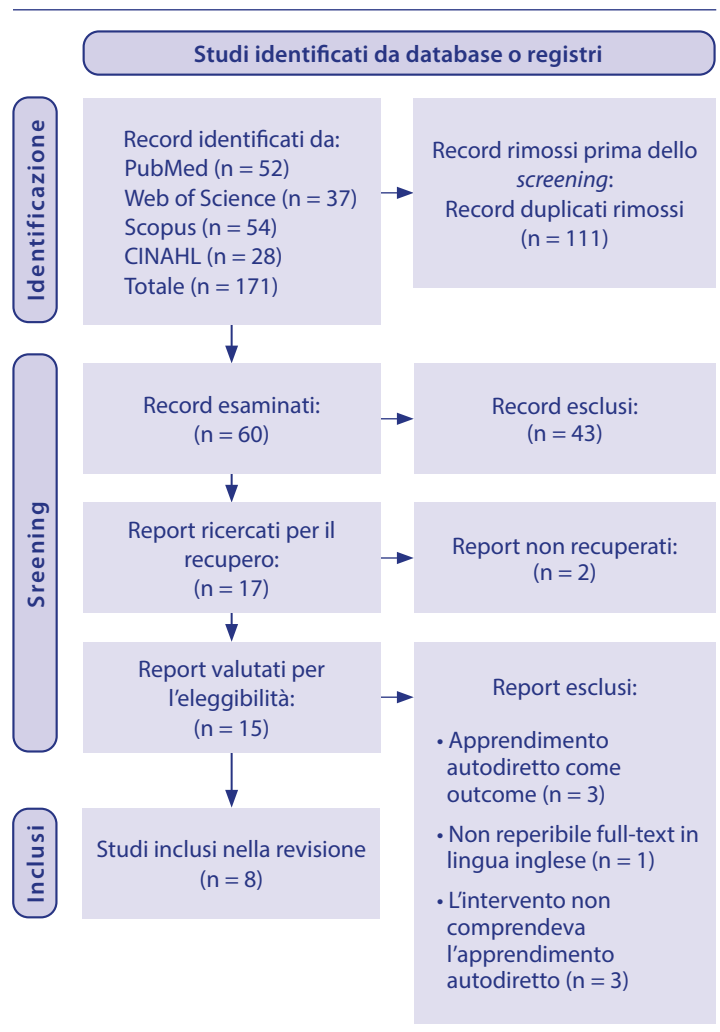
## MATERIALI E METODI

Per rispondere al quesito di ricerca, è stata condotta una scoping review. Sono state interrogate le principali banche dati, tra cui PubMed, Web of Science, Scopus e CINAHL. La stringa di ricerca è stata formulata utilizzando una combinazione di parole chiave e termini MeSH ((Per la tabella 1 consultare il sito: [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)): "nursing student", "self-directed learning", "empowerment", "motivation", "self-efficacy", "self-determination". Il quesito di ricerca è stato formulato seguendo il metodo PIO, con la popolazione di interesse costituita dagli studenti di infermieristica, l'intervento focalizzato sulla metodologia di apprendimento autodiretto, e gli outcome esplorati riguardanti gli esiti dell'apprendimento degli studenti come l'empowerment, l'autoefficacia, l'autodeterminazione e la motivazione.

I criteri di inclusione sono stati: a) studi pubblicati dal 2019-2024; b) studi primari; c) disponibilità del testo completo. Il processo di selezione degli articoli è stato guidato dalle linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Dalla ricerca bibliografica sono stati identificati 171 articoli.

Dopo la rimozione dei duplicati, 60 articoli sono

Figura 1. PRISMA diagramma di flusso



stati sottoposti a screening per titolo e abstract. Infine, sono stati valutati per l'eleggibilità mediante lettura del testo nella versione integrale 15 articoli. Di questi, 6 ne sono stati esclusi secondo i motivi riportati all'interno del diagramma di flusso PRISMA (Figura 1). Al termine, 9 articoli sono stati ritenuti rilevanti e quindi inclusi nella revisione. La tabella 1 sintetizza gli obiettivi e i risultati principali conseguiti negli studi inclusi.

## RISULTATI

Gli studi inclusi nella revisione hanno evidenziato come l'AAD impatti positivamente su: motivazione, autoefficacia, capacità di problem solving, pensiero critico, fiducia e valori professionali-etici (es. prendersi cura, fiducia, giustizia) degli studenti. La tipologia di studio di tutti gli articoli era di natura quantitativa con disegni di studio differenti. Tra questi 7 studi sono stati condotti nel continente asiatico, uno in Europa e uno in Turchia.

Lo studio condotto da Moon Mi Young (2023) si poneva l'obiettivo di indagare la soddisfazione rispetto alle lezioni erogate online, l'interazione tra professori e studenti, la motivazione all'AAD e gli effetti di questi sull'abilità di AAD. Il campione era composto da 194 studenti d'infermieristica che avevano preso parte sia a lezioni online che in presenza completando il programma di apprendimento misto per almeno un semestre. La soddisfazione in merito all'erogazione delle lezioni online, l'interazione tra professore/studenti e la motivazione all'AAD sono stati valutati con questionari strutturati ad hoc; per esplorare l'abilità di apprendimento autodiretto è stata utilizzata la scala Self-Directed Learning Ability (SDLA). Dalle analisi correlazionali è emerso che la soddisfazione in merito alle lezioni online era correlata positivamente e significativamente con l'interazione professore/studente, la motivazione e l'abilità di AAD. L'interazione professore/studente ha mostrato una correlazione positiva e statisticamente significativa con la motivazione e l'abilità di AAD. La motivazione all'AAD ha mostrato una correlazione positiva con le abilità di AAD. Inoltre, analizzando le capacità di AAD, è emerso che la motivazione è in grado di spiegare circa il 75% di questa abilità.

Nello studio di Salah Dogham et al. (2022), l'obiettivo era quello di dimostrare l'esistenza di una relazione tra la propensione all'AAD e l'autoefficacia nel processo di apprendimento online. Lo studio, di tipo correlazionale-

**Tabella 2. Estrazione dati**

| Paese, Autori (anno)                                                        | Obiettivo dello studio                                                                                                                                                                 | Risultati                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Corea del Sud</b> , Moon Mi Young (2023)                                 | Comprendere gli effetti della soddisfazione delle lezioni online, dell'interazione professore-studente, e motivazione all'apprendimento sulla capacità di AAD nell'apprendimento misto | La capacità di AAD ha una correlazione positiva con la motivazione all'apprendimento. Quando il la motivazione all'apprendimento era più alta, la capacità di AAD era alta.                   |
| <b>Arabia Saudita</b> , Dogham R. S. (2022)                                 | Dimostrare l'esistenza di una relazione tra la disponibilità a perseguire l'AAD e l'autoefficacia nell'apprendimento online                                                            | La maggior parte degli studenti ha dimostrato una maggiore disponibilità a perseguire l'AAD. C'è una relazione significativa tra l'autoefficacia e l' AAD.                                    |
| <b>Arabia Saudita, Filippine, Tailandia</b> , Grande R. A. N. et al. (2022) | Esplorare la connessione tra la motivazione accademica e la disponibilità a perseguire l'AAD                                                                                           | Esiste una correlazione tra la motivazione accademica intrinseca e la disponibilità a perseguire l'AAD. Studenti con motivazione intrinseca più alta sono più proattivi nel perseguire l'AAD. |
| <b>Spagna</b> , Arizo-Luque, V. et al. (2022)                               | Valutare la motivazione all'apprendimento e il pensiero critico dopo un programma di formazione tramite simulazione autodiretta.                                                       | La simulazione autodiretta ha un'influenza positiva sulla motivazione all'apprendimento, sul pensiero critico e sull'autoefficacia                                                            |
| <b>Turchia</b> , Aktas, D. et al. (2021)                                    | Indagare la relazione tra il livello di motivazione professionale e le competenze di AAD.                                                                                              | Studenti con una motivazione professionale più elevata risultano possedere competenze di AAD più solide.                                                                                      |
| <b>Filippine</b> , Johnny J. Yao Jr. (2021)                                 | Esaminare la relazione tra AAD, abilità di problem-solving e l'autoefficacia accademica.                                                                                               | L'AAD impatta in positivo e significativamente l'abilità di problem-solving e la fiducia nel raggiungimento del successo nelle attività accademiche                                           |
| <b>Corea del Sud</b> , Lee, S. et al. (2020)                                | Esplorare le correlazioni tra AAD e lo sviluppo dei valori professionali-etici                                                                                                         | AAD ha effetti significativamente positivi sui valori professionali-etici                                                                                                                     |
| <b>Iran</b> , Adib M. et al. (2019)                                         | Indagare la relazione tra AAD e la motivazione accademica                                                                                                                              | Esiste una relazione positiva e significativa tra AAD e motivazione accademica. Il campione ha mostrato elevate capacità di AAD e una forte motivazione accademica.                           |

descrittivo, ha riguardato un campione di 282 studenti. I dati sono stati raccolti tramite un unico strumento che comprendeva: caratteristiche socio-demografiche, la Self-Directed Learning Readiness Scale (SDLRS) e la Online Learning Self-Efficacy Scale (OLSES). I risultati hanno evidenziato che vi era una correlazione positiva e statisticamente significativa tra la propensione all'AAD e l'autoefficacia nel processo di apprendimento online. Questa relazione significativa dimostra come l'autoefficacia risulti una componente essenziale per la propensione all'AAD. Grande et al. (2022) hanno condotto uno studio trasversale su un campione di 1187 studenti di tre università in tre Paesi differenti con l'obiettivo di indagare la correlazione tra la propensione all'AAD e la motivazione accademica valutata nei suoi tre domini (amotivazione, motivazione intrinseca, motivazione estrinseca).

Sono stati somministrati i seguenti strumenti: Academic Motivation Scale College Version (AMS-C 28) e la Self-Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education (SDLRSNE). Dalle analisi statistiche è emerso che la propensione all'AAD era influenzata da tutte e tre le componenti della motivazione e che variabili come il Paese di residenza, il genere e la motivazione intrinseca erano fattori predittivi della propensione all'AAD. Inoltre, gli studenti delle Filippine e della Thailandia sono risultati maggiormente propensi all'apprendimento autodiretto rispetto agli studenti dell'Arabia Saudita. Vi è anche una differenza legata al genere: gli studenti di genere maschile hanno dimostrato minor propensione rispetto al genere femminile. Infine, possedere buone capacità di apprendimento autodiretto e mostrarsi proattivi in questa abilità risultava correlato a livelli più alti di motivazione intrinseca.

Arizo-Luque et al. (2022) hanno esplorato l'associazione tra l'AAD e l'apprendimento basato sulla simulazione. Lo studio aveva l'obiettivo di valutare la capacità di pensiero critico e la motivazione all'apprendimento prima e dopo un programma di formazione auto-diretta basata sulla simulazione tra studenti. Il campione era composto da 77 partecipanti. Per la raccolta dati sono stati utilizzati due strumenti: il questionario Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ-44) per valutare la motivazione all'apprendimento e il questionario Nursing Critical Thinking in Practice Questionnaire (N-CT-4) per il pensiero critico. I risultati hanno mostrato un aumento statisticamente significativo in tutte le



dimensioni del questionario N-CT-4 (caratteristiche personali, abilità intellettuali, abilità interpersonali e tecniche) e nelle dimensioni dell'autoefficacia e delle strategie cognitive del MSLQ-44.

Un aumento dei livelli di autoefficacia è stato riscontrato anche nello studio di Yao Jhonny J. (2021). L'obiettivo di questo studio era quello di esplorare la relazione tra la propensione all'apprendimento autodiretto, la capacità di problem-solving e l'autoefficacia accademica su un campione di 170 partecipanti. Per la raccolta dati l'autore si è servito dei seguenti strumenti: la SDLRS, la Problem-solving Inventory (PSI) e Academic Self-Efficacy Scale. Per quanto riguarda la scala PSI, punteggi più bassi indicano livelli più elevati di capacità di problem-solving. Le analisi correlazionali hanno evidenziato un'associazione indiretta statisticamente significativa tra SDLR e le capacità di problem-solving e un'associazione diretta anch'essa significativa tra SDLR e autoefficacia accademica.

Aktas D. e Sancar B. (2021) hanno condotto uno studio con l'obiettivo di indagare la relazione tra la motivazione e la capacità di AAD su un campione di 800 studenti di infermieristica. La raccolta dati è avvenuta tramite somministrazione della scala Motivation Sources and Problems Scale (MSPS) e la Self-Directed Learning Skills Scale (SDLSS). L'analisi correlazione ha mostrato un'associazione positiva significativa tra SDLSS e tutti i domini della scala MSPS (motivazione intrinseca, estrinseca, negativa).

Lo studio di Lee S., et al. (2020) è stato condotto con lo scopo di esplorare l'associazione tra AAD e valori professionali-etici su un campione di 800 studenti di infermieristica. Gli strumenti utilizzati nello studio includevano la Self-Rating Scale of Self-Directed Learning (SRSSDL) per valutare i livelli di auto direzionalità e la Nurses Professional Values Scale-Revised (NPSV-R) per misurare i valori professionali-etici. L'analisi ha evidenziato che la soddisfazione

accademica e l'AAD hanno effetti positivi sui valori professionali dell'infermieristica. Inoltre, è emerso che il genere maschile è associato in maniera statisticamente significativa a livelli più alti di AAD rispetto al genere femminile. Adib M. et al. (2019) hanno condotto uno studio descrittivo-correlazionale su un campione di 305 studenti di infermieristica e ostetricia con l'obiettivo di indagare la relazione tra l'AAD e la motivazione accademica. Gli strumenti utilizzati per l'analisi sono stati: la SRSSDL e Academic Motivation Scale (AMS). Dalle analisi è emersa una relazione positiva e statisticamente significativa tra l'AAD e la motivazione accademica. Dati gli item della scala AMS, che prevedono una valutazione della componente intrinseca ed estrinseca alla motivazione, gli autori hanno riportato che la componente estrinseca fosse maggiore rispetto a quella intrinseca anche se la differenza era lieve.

## DISCUSSIONI

Diversi autori hanno condotto studi con l'obiettivo di valutare i livelli di AAD utilizzando strumenti validi e affidabili. Tra gli strumenti più impiegati figura la Self-Rating Scale of Self-directed Learning (SRSSDL), la quale è stata anche validata nel contesto italiano (Cadorin et al., 2012). In Italia, uno studio ha esaminato i livelli di AAD tra gli infermieri e studenti di infermieristica. Gli studenti italiani di infermieristica sembrano presentare elevati livelli di competenza nell'AAD. Un altro studio che ha coinvolto esclusivamente studenti, ha mappato utilizzando lo stesso strumento i livelli di AAD in 6 Paesi europei (Visiers-Jiménez et al., 2022). Da questo studio è emerso che tutti gli studenti dei Paesi coinvolti mostravano alti livelli di AAD. Tuttavia, Italia e Spagna si sono rivelati quelli con i punteggi maggiori. Negli altri studi inclusi, che hanno utilizzato lo stesso strumento per valutare i livelli di AAD, è emerso che anche gli studenti iraniani presentavano elevate competenze di AAD (Adib et al., 2019b). Gli studenti della Corea del Sud, invece, mostravano livelli moderati (Lee, Kim and Chae, 2020). Lo studio di Grande et al. (2022) ha evidenziato come la variabile Paese sia predittiva rispetto la propensione all'AAD. Nello specifico, gli studenti delle Filippine e della Thailandia sono più predisposti all'AAD rispetto a quelli dell'Arabia Saudita. Inoltre, da questo studio è emerso che anche la variabile genere risulta un fattore predittivo: gli studenti di genere maschile sono meno propensi rispetto a quelli di genere femminile. In linea con quanto emerso, nello studio di Cadorin et al., (2012) la popolazione femminile mostrava punteggi più elevati nella scala SRSSDL rispetto ai loro colleghi maschi, risultato che è coerente con la letteratura. Il genere femminile infatti, è stato associato a uno sviluppo significativo di AAD (Slater, Cusick and Louie, 2017; Nazarianpirdosti et al., 2021). Le donne mostrano maggiore consapevolezza cognitiva, una migliore motivazione all'apprendimento, una gestione del tempo più efficace e un'impostazione autodiretta verso l'apprendimento (Slater, Cusick and Louie, 2017). Al contrario, nello studio di Lee, Kim and Chae (2020) gli studenti di genere maschile presentavano punteggi più elevati di AAD.

L'integrazione di diverse metodologie, come il Problem-Based Learning (PBL) e l'apprendimento basato sulla simulazione (Simulation-Based Learning – SBL), potrebbe favorire l'empowerment degli studenti di infermieristica. In Spagna, ad esempio, gli studenti di infermieristica apprendono con la metodologia MAES (Metodologia de Autoaprendizaje en Entornos Simulados -MAES). Quest'ultima si caratterizza per una sinergia tra diverse metodologie attive di apprendimento, quali il PBL, SBL, educazione tra pari e l'apprendimento autodiretto. Attraverso la metodologia MAES, gli studenti sono guidati da una motivazione intrinseca e godono di maggiore autonomia nel processo di acquisizione delle proprie competenze (Agea et al., 2019). Si è dimostrato che questa metodologia migliora il pensiero critico, la motivazione e l'autoefficacia degli studenti di infermieristica (Arizo-Luque et al., 2022). La motivazione, componente fondamentale del comportamento umano e dell'apprendimento, spiega le ragioni



che sottostanno ad un determinato comportamento (Hosseini, Rafiemanesh and Bahrami, 2022). La motivazione può essere divisa in tre componenti: l'intrinseca si riferisce al desiderio dell'individuo di attuare un comportamento per la gratificazione personale che ne consegue; l'estrinseca contempla una gratificazione che deriva dall'ambiente circostante o da altre persone; l'amotivazione nasce quando l'individuo sostiene che il suo comportamento non sia influenzabile da fattori da lui controllabili (Aktas and Sancar, 2021). La motivazione risulta associata all'AAD, nello specifico, la componente intrinseca (Aktas and Sancar, 2021; Grande et al., 2022). In generale, gli studenti che presentano una forte motivazione mostrano elevati livelli di AAD (Adib et al., 2019a; Moon, 2023), infatti, un autore sostiene che questa sia in grado di spiegare circa il 74.5% dell'abilità di AAD.

L'AAD è un fenomeno influenzato da diversi fattori ancora poco esplorati. Per sviluppare e implementare interventi volti a potenziare o sostenere questa abilità, sono necessarie ulteriori ricerche in questo ambito valutando nuove metodologie didattiche al fine di potenziare la motivazione degli studenti nei confronti dell'apprendimento. La relazione tra l'AAD e l'empowerment degli studenti di infermieristica è stata finora oggetto di limitate indagini. Tuttavia, i risultati della letteratura incoraggiano l'approfondimento di tale relazione, poiché l'AAD influenza positivamente la motivazione, autoefficacia, capacità di problem solving, pensiero critico, fiducia e valori professionali-etici. Questi effetti positivi possono contribuire ad aumentare l'empowerment degli studenti di infermieristica, migliorandone le competenze e consentendo loro di ottenere successi sia accademici che professionali, oltre che a favorire la capacità di soddisfare autonomamente le proprie esigenze formative.

### LIMITI DELLO STUDIO

La revisione presenta alcuni limiti tra questi il fatto che la maggior parte degli studi siano stati condotti prevalentemente nel continente asiatico. Inoltre, l'eterogeneità dei curricula accademici rende difficoltosa la comparazione dei risultati. La scelta di includere studi degli ultimi 5 anni riflette una metodologia didattica fortemente influenzata dagli eventi pandemici. Un altro limite è legato alla definizione di apprendimento autodiretto che non sempre viene interpretata in maniera univoca. Infine, per la strutturazione della stringa di ricerca si è reso necessario l'utilizzo di sinonimi di empowerment in quanto non presenti in letteratura studi che confrontassero direttamente tale costruito con l'AAD.

### CONCLUSIONI

L'AAD è un elemento essenziale per il continuo sviluppo personale e professionale. Le evidenze emerse dalla revisione mostrano gli effetti positivi dell'apprendimento autodiretto sulla motivazione, autoefficacia, capacità di problem solving, pensiero critico, fiducia e valori professionali-etici. Pertanto, è essenziale che i formatori dei Corsi di Laurea in Infermieristica incoraggino e sostengano attivamente l'AAD. Una strategia didattica efficace dovrebbe favorire l'autonomia nell'apprendimento degli studenti, consentendo loro di sviluppare le proprie competenze attraverso approcci individuali o collaborativi come il Problem-Based Learning e la simulazione. L'apprendimento autodiretto permette agli studenti di evolversi in professionisti costantemente aggiornati, capaci di identificare e affrontare autonomamente le proprie esigenze formative, contribuendo così a consolidare il loro senso di responsabilità e competenza professionale.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:** [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)

**Simone Catalano**

Dottore di Ricerca, Psicologo, Progettista in Educazione Continua in Medicina, Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Ufficio Formazione, Azienda Sanitaria Socio Territoriale della Valtellina e dell'Alto Lario

**Anna Scaramellini**

Dottore in Consulenza Pedagogica e Ricerca Educativa, Dottore in Programmazione e Gestione delle Politiche dei Servizi Sociali e in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione. Professore a contratto Università Statale di Milano. Funzione Organizzativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario

# Innovare la formazione in sanità: il potenziale delle carte Dixit nel pensiero visuale

*Innovating healthcare training: the potential of Dixit cards in visual thinking*

**INTRODUZIONE**

Il contributo delle discipline umanistiche è diventato sempre più influente nella formazione in ambito sanitario. Si richiamano spesso i principi pedagogici caratteristici delle scienze dell'educazione per progettare interventi formativi che stimolino il dialogo, la discussione e la consapevolezza tra i partecipanti. In risposta poi al bisogno di concettualizzare le trasformazioni nei contesti di apprendimento e anche nei contenuti didattici vengono ampiamente suggerite, dalla cultura visuale, strategie interpretative fluide che utilizzano le immagini (Marone & Navarra, 2023). Si

arricchisce così il campo della formazione con l'uso di strumenti iconografici, come le sequenze video, per le attività formative in aula o a distanza con l'obiettivo di stimolare la riflessione, la capacità di collegare idee e concetti, la narrazione di sé o dei propri punti di vista. La diffusione iconografica ha dunque trasformato profondamente i processi di insegnamento-apprendimento condizionando la formazione professionale (Reilly, Ring & Duke, 2005). L'uso di dispositivi tecnologici a supporto della formazione ha generato nuove esperienze formative corredate da linguaggio visivo, finalizzate a promuovere connessioni tra argomenti, nozioni o conoscenze. A tal proposito nella formazione in sanità è ormai consolidato l'uso di rappresentare gli argomenti per immagini mediante l'implementazione di strumenti visivi per la fruizione di diapositive o di contenuti in unità brevi e focalizzate, le cosiddette pillole formative (Lochner, 2017). Gli studi sul pensiero visuale, a partire dai lavori pionieristici di Paivio (1991), hanno confermato l'utilità di trasmettere idee complesse elaborando iconicamente contenuti come grafici, diagrammi e disegni col fine di sostenere la costruzione di nuove prospettive, modelli e schemi interpretativi di dati, situazioni o contesti di intervento (Bardes, Gillers & Herman, 2001). A partire da una stimolazione visiva, ad esempio, è possibile riflettere su risorse, qualità, dinamiche, relazioni, risposte più o meno funzionali ai contesti e conoscere opinioni e pareri in un ambiente ludico e creativo. La strategia visuale mediata dall'uso di immagini simboliche promuove, quindi, lo sviluppo di capacità di negoziare e dedurre significato dalle informazioni presentate incoraggiando la condivisione di osservazioni, l'ascolto reciproco e il rispetto dei diversi sguardi anche nell'ottica della corresponsabilità formativa tra pari (Wetzel, Rodden & Benford, 2017). Alcune illustrazioni, ad esempio, presenti in carte o giochi di società assumono il ruolo di facilitatore per l'espressione individuale dei partecipanti agevolando il dialogo e il confronto su immagini non strutturate appartenenti al linguaggio simbolico. Spostare la posizione di



ragionamento dal pensiero creativo, suggerito dalle carte-gioco, al pensiero logico, sul tema target dell'incontro, consente, di conseguenza, l'espressione di un'opinione maggiormente comprensibile ai co-partecipanti in quanto accoglie più adeguatamente i punti di vista degli altri.

### DESCRIZIONE DEL PROGETTO

La proposta ha preso spunto da un'indagine, promossa nell'anno 2022, che ha permesso di raccogliere, attraverso un questionario on-line, i bisogni formativi interni ed espliciti, percepiti da un gruppo di operatori sanitari. La ricerca aveva mirato a sondare quanto gli operatori, impegnati con minori ricoverati per scompenso psichico nei reparti, percepissero la necessità di una formazione volta al fornire loro specifiche competenze cognitive e relazionali, utili alla gestione dell'utenza giovanile caratterizzata da fragilità ed acuto scompenso psichico. L'evento realizzato a Settembre 2023 ha proposto agli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti, un approfondimento utile al perfezionamento della propria conoscenza, capacità professionale, competenza relazionale e comunicativa per svolgere un intervento sempre più preciso e puntuale di presa in carico e di cura di utenti adolescenti con disagio psichico. Tale metodologia ha consentito una dinamica espansiva delle logiche tradizionali di apprendimento in quanto ha valorizzato il focus sulla persona, ha garantito la continuità formativa mix method e ha promosso coinvolgimento e interazione. Gli obiettivi specifici hanno riguardato il potenziamento delle abilità autoregulative e la presa di consapevolezza delle proprie risorse relazionali ed emotive. Nell'ottica delle ricadute personali ed organizzative del percorso si è scelto di integrare gli sguardi di professionisti differenti al fine di adattare e rendere più efficaci gli interventi sui diversi livelli di integrazione (con l'utenza, con i colleghi, con gli altri servizi coinvolti, con le agenzie educative come famiglia e scuola).

### METODI E STRUMENTI

Il percorso si è articolato in due edizioni da tre ore ciascuna rivolte a due gruppi di partecipanti afferenti ai Presidi dell'ASST Valtellina e dell'Alto Lario. L'evento, come da normativa regionale, è stato accreditato con premialità per l'uso di metodologie didattiche interattive in piccolo gruppo (numero dei partecipanti inferiore a 25). La metodologia formativa blended ha combinato la modalità tradizionale frontale in aula (residenziale) e l'apprendimento *e-learning* di contenuti formativi multimediali (formazione a distanza). Tale pratica formativa ha previsto una sessione asincrona della durata di un'ora e un incontro in presenza della durata di due ore. Il materiale per la didattica *e-learning* è stato costituito da un video realizzato *ad hoc* con il contributo di specialisti interni all'azienda, tra psichiatri, psicoterapeuti ed educatori professionali, che hanno curato i contenuti in forma di pillole formative sulle tematiche inerenti alla gestione di utenti adolescenti. L'impiego, nella formazione online, di contenuti multimediali fruibili in pochi minuti garantisce un alto potere comunicativo e agevola la fruizione degli argomenti in maniera fluida, chiara e rigorosa. Il video, collage degli interventi dei professionisti coinvolti (Tabella 1), è stato preceduto e seguito da un test di valutazione delle conoscenze ex-ante ed ex-post il contributo formativo. Il fine è stato quello, da un lato, di coinvolgere la partecipazione attiva dei soggetti iscritti all'evento e, dall'altro, monitorare il processo di insegnamento-apprendimento proposto in fase asincrona. In fase residenziale, è stata condotta un'attività di *warming up* (20 minuti) propedeutica alla sperimentazione delle *visual thinking strategies* mediante le carte Dixit. È stato, infatti, richiesto ai partecipanti, attraverso il simbolo di una sagoma consegnata a coppie, di ripensare alle realtà che gravitano attorno agli adolescenti al fine di riflettere successivamente in plenaria sulle corresponsabilità delle figure professionali in équipe. A seguire è stata presentata la versione di espansione delle carte Dixit: uno strumento composto da 84 raffigurazioni in edizione Memories di immagini evocative create da Carine Hinder e Jérôme Pélissier nel 2008. In sessione *circle time* di circa 40 minuti alla presenza del formatore è stato chiesto ai partecipanti di riflettere sul proprio ruolo e di riconoscere le emozioni e i sentimenti esperiti a fronte della gestione integrata di pazienti adolescenti con disagio psichico. In considerazione di ciò è stato quindi chiesto di scegliere una delle carte poste al centro del cerchio e



Tabella 1. Declinazione delle pillole formative proposte per il video.

| TITOLO DELL'INTERVENTO                                                         | DESCRIZIONE BREVE DEL CONTENUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I COMPITI DI SVILUPPO DEGLI ADOLESCENTI</b>                                 | Una riflessione circa i complessi compiti di sviluppo affrontati dagli adolescenti. Lo psicologo coinvolto ha offerto un contributo circa possibili strategie attuabili dagli operatori, in risposta a comportamenti disfunzionali possibili.                                                                                                                                   |
| <b>ASPETTI PSICOLOGICI NEL LAVORO CON GLI ADOLESCENTI</b>                      | Presentate ed approfondite le componenti emotive, affettive e cognitive che gli operatori sono chiamati ad attivare nel loro complesso lavoro di cura con adolescenti portatori di disagio psichico. È stata sottolineata la funzione di supporto e contenimento emotivo svolta dall'équipe di lavoro, nei confronti degli operatori che la compongono.                         |
| <b>LA PSICOPATOLOGIA IN ADOLESCENZA</b>                                        | Il contributo ha offerto agli operatori la possibilità di comprendere alcune macrocategorie di adolescenti affetti da psicopatologia. Nel dettaglio, lo psicologo ha approfondito le caratteristiche degli adolescenti con comportamenti "esternalizzanti" e le caratteristiche degli adolescenti con comportamenti "internalizzanti".                                          |
| <b>GLI OBIETTIVI DEI TRATTAMENTI DIRETTI AD ADOLESCENTI CON PSICOPATOLOGIA</b> | Collegandosi all'intervento precedente, l'educatore professionale ha presentato possibili strategie di intervento ed obiettivi di lavoro a breve, medio e lungo termine con adolescenti che presentano comportamenti "esternalizzanti" ed "internalizzanti".                                                                                                                    |
| <b>ASPETTI EDUCATIVI NELLA RELAZIONE CON L'ADOLESCENTE</b>                     | Sono state presentate alcune possibili modalità di relazione educativa funzionali nel lavoro con l'adolescente con problematiche psichiche. È stata sottolineata dall'educatore professionale l'importanza della validazione emotiva nella comunicazione con l'utente adolescente.                                                                                              |
| <b>LAVORO DI ÉQUIPE CON ADOLESCENTI E SPECIFICITÀ DELL'INTERVENTO</b>          | Lo psicologo, presentando le specificità delle diverse figure professionali che possono entrare in contatto con un adolescente con fragilità psichica, ha proposto uno sguardo di sintesi circa l'importanza del lavoro di tutta l'équipe curante.                                                                                                                              |
| <b>ASPETTI FARMACOLOGICI NEL LAVORO CON GLI ADOLESCENTI</b>                    | Un contributo circa le tipologie di trattamenti farmacologici impiegate con l'utente adolescente, portatore di patologia psichica. Il medico ha proposto inoltre una riflessione circa i concetti di compliance farmacologica e di resistenza al trattamento, offrendo ai corsisti suggerimenti in merito all'identificazione dei possibili segnali di poca aderenza alla cura. |
| <b>IL LAVORO CON I FAMILIARI DEGLI ADOLESCENTI</b>                             | Sono state presentate le finalità e gli strumenti del lavoro attuabili con la famiglia di utenti adolescenti portatori di disagio psichico. Lo psicologo ha inoltre offerto un contributo circa i concetti di emotività espressa, psicoeducazione ed attività di <i>problem solving</i> .                                                                                       |

che rappresentasse al meglio il proprio stato d'animo nella condizione precedentemente esposta in consegna. A turno ognuno ha trovato liberamente spazio di parola per esprimere e spiegare la propria scelta, narrando quanto di sé proiettato nelle immagini e apponendo su un post-it alla lavagna una parola rappresentativa del proprio pensiero.

## RISULTATI

Hanno preso parte al percorso formativo 18 soggetti tra professionisti sanitari e non sanitari impegnati nella gestione dell'adolescente con scompenso psichico. L'età media degli operatori è di 48.7 (SD: 9.35; range 29-61) distribuiti tra educatori professionali, infermieri, psicologi e operatori sociosanitari provenienti dai Dipartimenti Materno infantile, di Salute mentale e delle Dipendenze e di Emergenza e Urgenza. L'età media di esperienza lavorativa è di 14.1 anni (SD:10.7; range: 2-33). I partecipanti hanno esplorato in maniera guidata il proprio vissuto interiore, aiutati a raggiungere una migliore autoconsapevolezza del ruolo di membro di un'équipe integrata. Sono emerse emozioni complesse ed intense come il disagio a fronte dell'inesperienza, la reticenza alla condivisione della fatica o l'imbarazzo di mettere in discussione prassi dettate da scelte dell'ingroup. L'esperienza emotiva latente dei partecipanti è emersa gradualmente mediante la narrazione dei significati diretti delle immagini. Le carte hanno anche giocato il ruolo di catalizzatore creativo in quanto è stato possibile unire le diverse letture dei partecipanti sulla medesima carta nella prospettiva di una costruzione di empatia finalizzata a mettere in ascolto le singolari percezioni di ognuno. Le riflessioni condivise infatti hanno incoraggiato nuove prospettive e strategie per far fronte alla gestione in équipe. Il linguaggio specifico delle diverse professionalità è stato espresso mediante l'universalità delle immagini connotando il momento formativo come inclusivo e accessibile. Sono stati, quindi, registrati gli esiti

Tabella 2. Incremento percentuale di risposte corrette tra pre-test e post-test

|                  | n. item | Risultato Medio | $\delta$ | $\delta$ percent. |
|------------------|---------|-----------------|----------|-------------------|
| <b>Pre-test</b>  | 10      | 8,4             | 0,81     | 9,64              |
| <b>Post-test</b> | 10      | 9,21            |          |                   |

del percorso nei diversi momenti formativi. In fase asincrona è stato somministrato un pre-test sulle conoscenze pregresse in tema di gestione dell'adolescente critico e un post-test in esito alla fruizione dei contenuti proposti dal video online. Il confronto fra quanto emerso prima e dopo la visione dei contenuti multimediali sostanziano l'evidenza di una riuscita formativa sui temi oggetto della proposta. I risultati al post-test mostrano una percentuale di risposte corrette maggiore del pre-test con un incremento percentuale ( $\delta$ ) di quasi il 10% (Tabella 2).

Pertanto, in esito alla fruizione della formazione a distanza i partecipanti hanno raggiunto livelli maggiori di conoscenze utili al confronto successivo in modalità residenziale.

In presenza e al termine dell'intero percorso formativo è stata prevista una prova di valutazione sotto forma di analisi di un caso che ha consentito il riscontro di quanto appreso e condiviso come prassi tra gli operatori. Tutti i partecipanti hanno raggiunto il *cut-off* previsto per il superamento della prova, attestando così il proprio percorso. Ai partecipanti è stato chiesto in risposta all'analisi del caso: di proporre gli obiettivi di lavoro ipotizzabili; di individuare le risorse/potenzialità presenti nella situazione consegnata in termini di fattori protettivi e di rischio; l'individuazione della figura più adatta a svolgere la funzione di case-manager e le motivazioni di tale ipotesi. I criteri per la valutazione della prova, identificati in sede di progettazione dell'evento, sono stati: a) pertinenza rispetto alla consegna data; b) coerenza con gli apprendimenti acquisiti dal corso; c) capacità di considerare il sistema nelle sue articolazioni con gli apporti dei professionisti. Con la conclusione dell'evento formativo i partecipanti a rispetto delle regole di accreditamento hanno espresso in anonimo il proprio gradimento qualificando positivamente la scelta formativa blended, la qualità dei contenuti formativi in pillole, la condivisione in piccolo gruppo e le attività di riflessione in plenaria mediante il linguaggio per immagini.

## CONCLUSIONI

Mediante l'uso delle immagini è stato possibile facilitare la comunicazione e l'accesso emotivo incoraggiando i partecipanti ad interpretare le immagini in modo personale. Obiettivo del percorso è stato quello di condividere esperienze, esplorare sentimenti e pensieri nonché costruire prospettive di cambiamento. Utilizzando le carte come punto di partenza per la discussione, si è scelto di esplorare il tema della rappresentazione di sé nel ruolo di membro dell'équipe di lavoro nella presa in carico dell'adolescente con vulnerabilità. La suddivisione dei contenuti formativi in brevi contributi ha risposto al

bisogno soggettivo di gestione del tempo e ha agito sulla memoria a breve termine dei partecipanti evitando il sovraccarico cognitivo (Finestrone, Limone, & Peconio, 2023). Il micro-learning ha coniugato così la condizione di interattività (semplicità ed immediatezza) con il coinvolgimento e la motivazione garantendo un'efficacia nella realizzazione del proprio iter formativo. Il *multimedia learning* (Issa, et al. 2002) ha utilizzato infatti i video in quanto oggetti multimediali che includono parole, immagini e suoni e che stimolano il recupero di preconoscenze, la costruzione di schemi e l'attivazione emotiva che esercita una regolazione del carico cognitivo (Sweller, 2023). Il bilancio delle ricadute della formazione sui processi di apprendimento organizzativo spinge il sistema a mettere in atto nuove strategie che valorizzano visioni alternative rispetto a quelle dominanti e, soprattutto, promuovono la sperimentazione di innovazioni tecniche ed organizzative (De Vercelli, 2018).

Nell'ottica dell'impatto che l'intervento formativo svolto ha sugli stakeholder, il progetto ha previsto, a distanza di almeno sei mesi successivi al termine, la valutazione di follow-up sia degli apprendimenti individuali, definiti dall'acquisizione di cognizione ed esperienza che completano le conoscenze pratiche, sia degli atteggiamenti professionali di messa in atto di nuovi comportamenti e modalità operative. Il risultato atteso come esito dello specifico percorso formativo intende rafforzare l'acquisizione di reciproco riconoscimento dei ruoli e delle responsabilità specialistiche dei diversi professionisti coinvolti col fine di sviluppare competenze di gestione integrata nella presa in carico dell'utente con disagio psichico.



**Paolo Paglialonga**

Infermiere UO di Rianimazione – Presidio Ospedaliero di Gallarate – ASST Valle Olona (VA)

**Antonio Vitiello**

Innovazione, sviluppo e ricerca – DAPSS – PO di Gallarate - ASST Valle Olona (VA)

**Elisabetta Balestreri**

Direttore Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi dell'Insubria, sez. Busto Arsizio – ASST Valle Olona (VA)

**Vittoria Frontuto**

Direttore Aziendale Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie (DAPSS) – ASST Valle Olona (VA)

# Barriere e facilitatori inerenti all'applicazione dell'evidence-based nursing: una revisione della letteratura

*Barriers and facilitators to implementing evidence-based nursing: a review*

**ABSTRACT****Introduzione**

La formazione base degli infermieri comprende l'insegnamento dell'*evidence-based practice* (EBP), ma nonostante i suoi benefici sull'assistenza siano noti, tale approccio non è diffuso né utilizzato quotidianamente. La letteratura riporta numerosi fattori che ne ostacolano l'implementazione o favoriscono la diffusione.

**Obiettivo**

Indagare le principali barriere e i fattori catalizzatori inerenti all'applicazione dell'EBP tra infermieri e studenti infermieri.

**Metodi**

È stata condotta una revisione della letteratura su PubMed, Cochrane Library, ILISI, consultando anche la letteratura grigia (tesi di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano). Gli studi sono stati poi sintetizzati in maniera descrittiva utilizzando un approccio narrativo.

**Risultati**

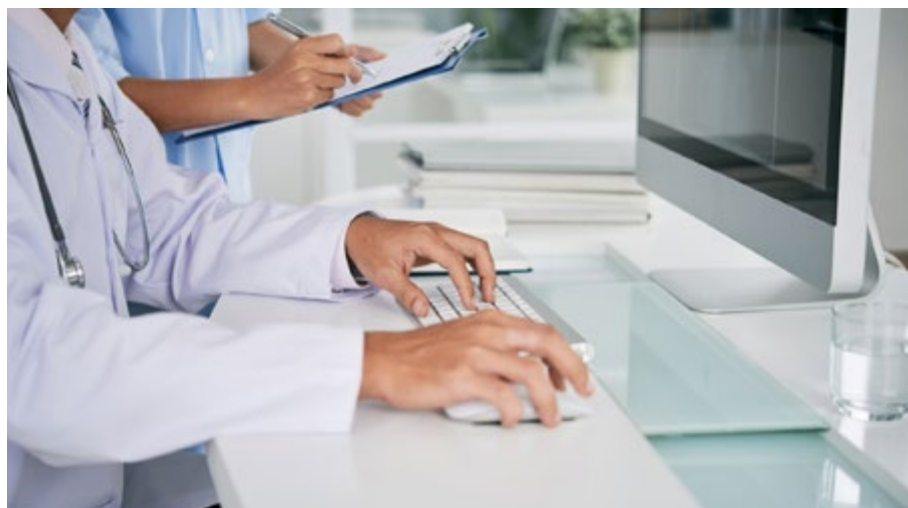
La revisione ha incluso 50 studi. Sono stati individuati 12 elementi barriera: sovraccarico lavorativo, mancanza di competenze sull'EBP e risorse disponibili inadeguate costituiscono le più frequenti. Inoltre, sono stati individuati 13 diversi facilitatori, tra cui eventi formativi, supporto organizzativo e titolo accademico più elevato costituiscono le tipologie più frequenti.

**Conclusioni**

La maggior parte delle barriere e dei facilitatori individuati è influenzabile dai ruoli di *management* delle professioni sanitarie. Nello specifico gli interventi formativi sembrerebbero essere particolarmente efficaci, ma non vi sono studi che evidenziano la migliore metodologia per la formazione all'EBP. Si rende evidente la necessità, inoltre, di un incremento di studi nel contesto italiano, in quanto presenta complessità peculiari rispetto al resto del mondo. Questo studio costituisce supporto strategico per i manager che intendono favorire la diffusione di cure basate sull'evidenza.

**Parole chiave**

Pratica basata sull'evidenza, infermieristica basata sull'evidenza, infermiere, organizzazione delle cure infermieristiche, revisione.



**ABSTRACT****Background**

During Bachelor of Science in Nursing program education, student nurses are introduced to evidence-based practice (EBP), but although its benefits on care are known, this approach is not constantly used in professional practice environment. The literature reports numerous factors that hinder/facilitate its implementation.

**Objective**

To investigate the main barriers and elements facilitating EBP among nurses and nursing students.

**Methods**

A review of the literature was conducted on PubMed, Cochrane Library, ILISI, consulting gray literature (degree theses in nursing of the University of Milan). The studies were then summarized using a narrative approach.

**Results**

The review included 50 studies; 12 barrier elements have been identified: work overload, lack of EBP skills and inadequate facilities are the most frequent. Furthermore, 13 different facilitators were identified, among which training events, organizational support and educational level are the most frequent types.

**Conclusions**

Most of the barriers and facilitators identified can be influenced by the managers of health care professionals. Specifically, training interventions would appear to be particularly effective, but there are no studies that highlight the best methodology for EBP training. Furthermore, the need for an increase in studies in the Italian context is evident, as it presents particular complexities compared to the rest of the world. This study constitutes strategic support for managers who intend to promote the diffusion of evidence-based treatment.

**Keywords**

Evidence-based practice, evidence-based nursing, nursing care management, review, nurse.

**INTRODUZIONE**

La pratica basata sulle evidenze scientifiche, o *Evidence-Based Practice (EBP)*, è un approccio interdisciplinare che prevede che i risultati della ricerca siano integrati dai professionisti sanitari nella loro pratica clinica quotidiana e completati dalla propria capacità di valutazione, dall'esperienza clinica e dai valori e preferenze dei pazienti, al fine di erogare un'assistenza efficace, sicura, di qualità e di costo ridotto. (Evidence-Based Behavioral-Practice, su [ebbp.org](http://ebbp.org)).

L'EBP era inizialmente utilizzato in ambito medico (*Evidence-based Medicine*), ma poi si è esteso ad altri campi, quali l'infermieristica (*Evidence-based Nursing*), la psicologia, l'odontoiatria, la fisioterapia, l'educazione, le scienze tecnico-radiologiche ed altri.

A partire dagli anni 90, quando fu coniato il termine "Evidence-based Medicine", tale approccio si è diffuso in maniera esponenziale in tutto il mondo (Guyatt Gordan H., 1991).

Uno dei fattori che ha maggiormente contribuito alla sua diffusione è internet: la rete permette di accedere a qualsiasi informazione vi venga caricata rapidamente ed in tempo reale, dagli studi alle più recenti raccomandazioni rilasciate dalle società e associazioni scientifiche.

Le fonti di studio tradizionali presentano alcune criticità: le informazioni contenute nei libri sono scarsamente aggiornate, le riviste scientifiche presentano una quantità di materiale eccessivo e non sempre pertinente con quanto cercato dal professionista ed i pareri degli esperti possono rivelarsi errati; l'integrazione di internet nella divulgazione scientifica ha radicalmente cambiato la formazione, sia universitaria che continua.

Una via di accesso semplice e rapida alla letteratura scientifica, quale internet, è ideale per l'implementazione dell'approccio EBP, che si compone di quattro macrofasi:

1. I professionisti sanitari devono porsi una chiara domanda clinica riguardante il problema che vogliono indagare, mettendo in dubbio i modelli abitualmente in uso se non supportati da chiare e recenti linee guida.
2. In seguito alla formulazione del quesito è necessaria una ricerca all'interno della letteratura clinica rilevante per il problema che si vuole indagare.
3. Se vengono trovati articoli clinicamente rilevanti devono essere valutati gli studi inclusi, determinando la loro validità ed utilità in merito al quesito che ci si è posti.
4. Infine, dopo aver condotto un'attenta valutazione è possibile implementare e diffondere nella pratica clinica i risultati utili trovati nel lavoro di ricerca, informando il paziente rispetto alle nuove pratiche e attuarle rispettando le sue preferenze e i suoi valori.

Tuttavia, come descritto nella terza macrofase di implementazione dell'EBP, è possibile individuare una criticità, legata ad internet: l'eccessiva mole di materiale disponibile può rappresentare un ostacolo, creando un effetto

paradosso; gli infermieri spesso non sono in grado di riconoscere nessuna informazione utile tra tutto il materiale disponibile, in quanto esso deve essere selezionato dai professionisti che vi accedono, escludendo studi non pertinenti con quanto si vuole ricercare e notizie false, molto diffuse sul web. Tutto ciò richiede delle competenze informatiche e di ricerca che non tutti gli infermieri hanno acquisito (Garde, Harrison and Hovenga, 2005; Thorsteinsson, 2013).

Oltre alle competenze informatiche, è necessaria una buona conoscenza della lingua inglese: la maggior parte della letteratura scientifica disponibile in internet, infatti, è pubblicata in questa lingua. La sua non conoscenza è stata indicata come barriera da infermieri non madrelingua e la diffusione di linee guida in sola lingua inglese, può essere un ostacolo per chi non la conosce (Khammarnia et al., 2015).

La comprensione degli studi trovati richiede, inoltre, alcune competenze di statistica: non tutti gli infermieri le possiedono, specialmente gli infermieri con sola formazione di base. Ciò può rendere di difficile comprensione l'importanza e la rilevanza di quanto il professionista sta leggendo, rendendo difficile la decisione di una eventuale implementazione nella pratica clinica dei risultati degli studi scientifici trovati (L. Fu et al., 2020).

Al fine di permettere una migliore diffusione delle informazioni, alcune banche dati, quali ad esempio *Cochrane Library*, hanno ideato una modalità di diffusione di informazioni sotto forma di infografiche: esse permettono di comprendere le informazioni più rilevanti facilmente ed in poco tempo, eliminando la necessità di avere competenze statistiche per comprendere appieno gli studi.

Per facilitare l'implementazione dell'EBP in tutto il mondo sono nati movimenti quali ad esempio *Slow Medicine* in Italia, una rete di professionisti e cittadini che ha l'obiettivo di favorire il dialogo su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza al fine di giungere a scelte informate e condivise. Nel 2012 il movimento ha lanciato un progetto

chiamato "*Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy*". Tale progetto, svolto in analogia all'iniziativa *Choosing Wisely* già in atto negli Stati Uniti, si pone l'obiettivo di stilare una serie di raccomandazioni di società scientifiche e associazioni professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi; inoltre contribuisce ad una diffusa informazione e formazione di tutti i professionisti sanitari.

Tali raccomandazioni sono frutto del consulto di studi scientifici e tradotti in comportamenti da adottare nella pratica clinica, facilitando così l'applicazione dell'EBP a tutti i professionisti sanitari.

Secondo uno studio pubblicato nel 2019 le raccomandazioni pubblicate dalla campagna *Choosing Wisely* possono essere efficaci nel modificare i comportamenti dei professionisti sanitari (Cliff et al., 2019), ma non sono attualmente disponibili ulteriori studi che abbiano evidenziato l'effettiva efficacia della campagna in Italia o nel mondo. L'utilizzo dell'EBP porta a diversi vantaggi:

- Assicura che i professionisti sanitari erogino assistenza innovativa e che garantisca migliori risultati ai pazienti
- Fornisce un contributo alle discipline nel quale viene impiegato (ad esempio le scienze infermieristiche o la medicina)
- Fornisce maggior confidenza ai professionisti sanitari nel processo decisionale richiesto per erogare assistenza sanitaria, contribuendo a migliori risultati per i pazienti.
- Mantiene determinate pratiche cliniche rilevanti ed attuali.

(Sharma et al., 2018)

Nonostante i vantaggi che l'EBP può portare, la disponibilità ed accessibilità delle linee guida emanate da associa-



zioni scientifiche in tutto il globo, la presenza di iniziative come *Choosing Wisely* e l'introduzione di una formazione all'Evidence-Based Practice (EBP) all'interno dei percorsi formativi di base degli infermieri in gran parte del mondo, l'applicazione delle stesse nella pratica clinica o nella formazione infermieristica è un processo lento e talvolta di poco successo, anche nei paesi che si pongono come leader della ricerca scientifica, in quanto si assiste complessivamente ad una scarsa applicazione di tale approccio (Clarke et al., 2021).

In tutto il mondo infatti, l'utilizzo dell'EBP è un obbligo morale per i professionisti sanitari, il cui obiettivo è fornire cure sicure e di qualità; inoltre, in Italia l'utilizzo dell'approccio EBP è obbligo sia giuridico che deontologico per gli infermieri: secondo l'articolo 5 della legge Gelli (legge numero 24 del 8 Marzo 2017) "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate [...] da enti e istituzioni pubblici e privati nonché' dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie [...]".

Inoltre, dal 2002 è attivo il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), che obbliga i professionisti sanitari a svolgere nell'arco di ogni triennio corsi formativi, per mantenere le proprie conoscenze aggiornate e conformi alle linee guida.

L'obbligo deontologico per gli infermieri può invece essere ricercato all'interno del codice deontologico delle professioni infermieristiche del 2019, di cui l'articolo 10 recita: "L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina."

In Italia l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di rendere più facilmente accessibili le linee guida ai professionisti sanitari, ha creato il Sistema Nazionale Linee Guida – SNLG.

Si tratta di una pagina web sulla quale vengono pubblicate delle linee guida, in italiano, basate sulle ultime evidenze scientifiche disponibili.

L'iniziativa ha come obiettivo favorire una diffusione di buone pratiche da parte di tutti i professionisti sanitari e permette di accedere e comprendere facilmente le informazioni anche ai professionisti con scarse competenze informatiche, statistiche e non conoscenza della lingua inglese. Non è però al momento noto l'impatto che questo progetto ha avuto sui professionisti sanitari italiani.

Il fenomeno del mancato utilizzo dell'evidence-based nursing (EBN) sembra essere complesso ed influenzato da più fattori, che impediscono agli infermieri di utilizzarlo in gran parte del mondo: essi rappresentano la maggior parte dei professionisti sanitari ed il loro contributo nella promozione ed erogazione di cure sicure e di qualità tramite l'EBN è molto rilevante.

È noto che tra le barriere, ovvero fattori che ostacolano e riducono l'implementazione dell'EBN nella pratica clinica, si possono individuare fattori umani (quali la formazione e competenza all'EBN degli infermieri) ed organizzativi (infermieri dirigenti che ostacolano l'introduzione di nuovi modelli organizzativi che favoriscano l'utilizzo dell'EBP) (Wallis, 2012).

Inoltre, è credenza comune che alta qualità nell'assistenza corrisponda ad alti costi e ciò potrebbe contribuire a spiegare in parte gli ostacoli organizzativi. Tuttavia, è ormai noto secondo uno studio svolto su pazienti affetti da tumore polmonare a non piccole cellule, che l'utilizzo dell'evidence-based practice ha mediamente ridotto in un anno i costi complessivi per ogni paziente del 35%, senza alcuna variazione di outcome (Neubauer et al., 2010).

La difficoltà di implementazione di tale approccio, oltre che tra gli infermieri e gli infermieri dirigenti, sembra essere presente anche tra gli studenti infermieri e tra gli infermieri docenti universitari, il cui ruolo li rende cruciali nell'integrare l'EBN nella pratica clinica dei futuri infermieri (Cardoso et al., 2021).

Esistono alcuni facilitatori all'utilizzo dell'EBP, i principali identificati sono: collaborazione tra università ed ospedali, interventi educativi, tra cui educazione continua all'EBP (Oh et al., 2016) e il supporto organizzativo (Degu et al., 2022).

Il supporto organizzativo da parte degli infermieri dirigenti in particolare è stato identificato come molto importante per aumentare l'implementazione dell'EBP da parte degli infermieri. (Yoo et al., 2019).

Secondo una revisione della letteratura pubblicata dal 2000 al 2018, svolta da Berthelsen e Hølge Hazelton, al fine di abbattere le barriere degli infermieri all'utilizzo dell'EBP, l'obiettivo della ricerca dovrà essere quello di condurre studi incentrati sull'effetto dei facilitatori e dell'ambiente organizzativo, investigando quali sono i migliori interventi al fine di ridurre le barriere. Studi di questo tipo, secondo il suggerimento degli autori, devono essere svolti contestualmente ad un attento studio delle barriere e dei facilitatori presenti (Berthelsen and Hølge Hazelton, 2021).

Alcuni studi che prevedono l'implementazione di facilitatori sono stati svolti e sono presenti in letteratura, come ad esempio una recente pubblicazione su interventi formativi condotta da Waltz, in cui gli autori hanno evidenziato la necessità di investigare ulteriormente l'efficacia degli interventi, non solamente di tipo formativo, che vengono svolti al fine di facilitare l'utilizzo dell'EBP (Waltz et al., 2022).

## OBIETTIVO

Indagare le principali barriere e i fattori catalizzatori inerenti all'applicazione dell'evidence-based practice (EBP) tra infermieri e studenti infermieri.

## MATERIALI E METODI

### Disegno di studio

Revisione narrativa della letteratura.

### Identificazione degli studi pertinenti

È stata condotta una ricerca bibliografica nelle principali banche dati biomediche, includendo anche studi non pubblicati, come le tesi di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano. Le banche dati interrogate sono state: PubMed, Cochrane Library e ILISI. Per ciascuna banca dati, è stata utilizzata una specifica stringa di ricerca, combinando le parole chiave "evidence-based practice", "nurse" e "barriers", sia come termini liberi che come termini di thesaurus. Le stringhe di ricerca complete per ogni motore di ricerca sono riportate in appendice (Allegato 1). Inoltre, è stata consultata la letteratura grigia, esaminando il catalogo delle tesi di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano fino al 2022, attraverso il motore di ricerca interno "Minerva". Sono state analizzate pubblicazioni in lingua inglese e italiana, pubblicate e non pubblicate, fino al 1° agosto 2022, selezionando studi primari e revisioni della letteratura che trattavano barriere, catalizzatori e interventi organizzativi e formativi relativi all'EBP.

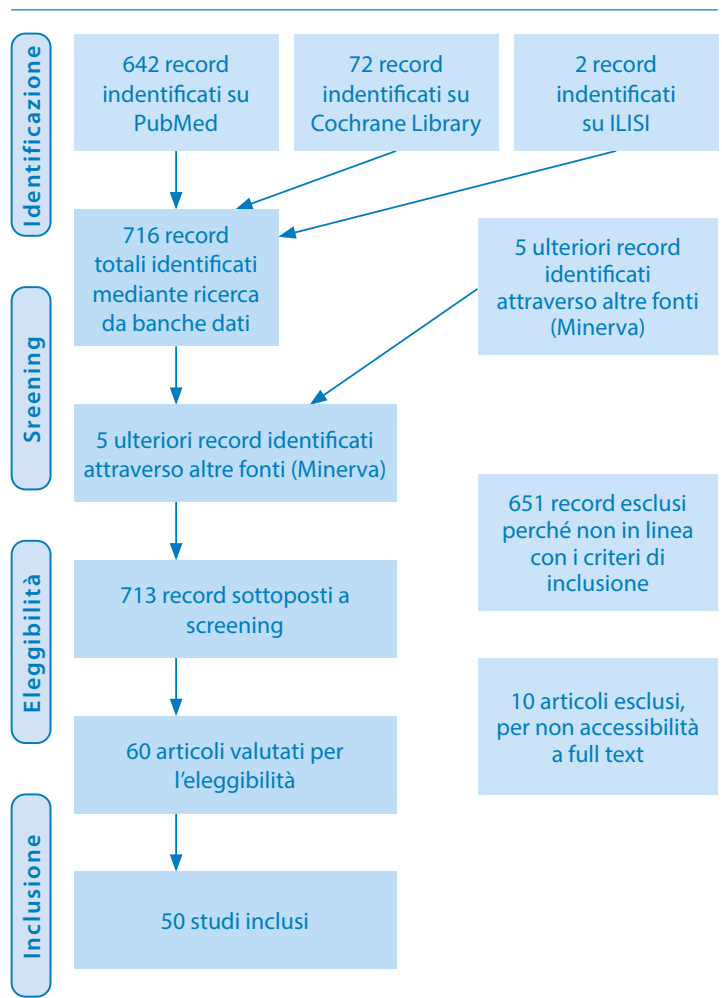
È stato inoltre adottato un "ancestry approach", consultando le referenze bibliografiche degli studi individuati per identificare ulteriori ricerche pertinenti. È stata utilizzata anche la funzione "articoli simili" dei motori di ricerca per recuperare studi rilevanti non emersi inizialmente. Tutti i database sono stati consultati per l'ultima volta il 1° agosto 2022.

### Criteri di inclusione ed esclusione

Per essere dichiarati eleggibili gli studi dovevano indagare percezioni, barriere, facilitatori ed interventi educativi o organizzativi riguardanti l'implementazione dell'evidence-based practice nella pratica clinica. La popolazione studiata è stata quella degli infermieri generalisti, specializzati e degli studenti infermieri, classificata come segue: infermieri dirigenti, infermieri ospedalieri (provenienti da più reparti), infermieri di area medica, infermieri di area chirurgica, infermieri pediatrici, infermieri di area critica, infermieri di salute mentale, infermieri di comunità, studenti infermieri, infermieri docenti, *nurse practitioners*.

Solo studi che includevano una o più delle categorie di popolazione elencate sono stati inclusi, senza vincoli geografici.

Figura 1. PRISMA Statement della ricerca effettuata



Sono stati inclusi anche studi che comprendevano altri professionisti sanitari, ma solo se gli infermieri rappresentavano almeno il 40% dei partecipanti allo studio.

Sono stati esclusi studi che trattavano gli argomenti in contesti eccessivamente specifici (quali ad esempio l'EBP relativa a singole procedure).

### Selezione degli studi ed estrazione dei dati

I report sono stati valutati in maniera indipendente da due operatori: prima per escludere eventuali doppioni e successivamente per includere / escludere gli studi, attraverso uno screening di titolo ed abstract.

Gli studi selezionati sono stati analizzati in full text (da un operatore) per ottenere così il campione finale da includere nella revisione, in accordo con i criteri di eleggibilità prima dettagliati.

In caso di disaccordo tra i due operatori durante la fase di selezione si è deciso di includere lo studio.

Data la natura narrativa della revisione non sono state eseguite valutazioni della qualità metodologica degli studi inclusi. È stata realizzata una sintesi descrittiva degli studi inclusi, mediante approccio narrativo.

### RISULTATI

Le stringhe di ricerca utilizzate hanno dato come risultato un totale di 721 studi.

In totale 50 studi sono stati inclusi. (Figura 1) (Figura 2) (Figura 3). (per le Figure 2 e 3 [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it))

Lo scopo di questa revisione narrativa era quello di indagare le principali barriere e i fattori catalizzatori inerenti all'applicazione dell'evidence-based practice (EBP) tra infermieri e studenti infermieri.

A seguito della ricerca effettuata su PubMed, Cochrane Library, Iliis e Minerva sono stati inclusi 50 studi.

Gli studi sono stati letti in full text e al loro interno sono state individuate delle barriere e dei facilitatori all'EBP.

### Barriere

Negli studi inclusi sono state individuate 12 barriere; graficamente è stata rappresentata la frequenza di ciascuna barriera rispetto al totale delle barriere individuate. (Figura 4).

Si può notare, in Figura 4, come le barriere siano percepite diffusamente dagli infermieri, ma sono percepite più comunemente 5 di queste barriere, rappresentando ciascuna tra il 10 ed il 15% del totale e complessivamente il 65% di tutte le barriere individuate in questo studio. Il 59% (7) del totale delle barriere individuate è legato a fattori organizzativi (sovraccarico lavorativo, risorse disponibili inadeguate, mancanza di supporto organizzativo, pratica clinica guidata dal medico, mancanza di motivazione dovuta a vari fattori, insegnamento dell'EBP nelle università insufficiente, mancanza di comunicazione tra ambienti accademici e clinici), lasciando quindi intendere come la dirigenza infermieristica delle aziende potrebbe da sola abbattere oltre la metà delle barriere percepite, ponendo in atto interventi a livello organizzativo. Le restanti barriere sono principalmente dovute a carenze formative dei singoli infermieri (26%, mancanza di competenze sull'EBP e formazione inadeguata per ricerca) e ad attitudini

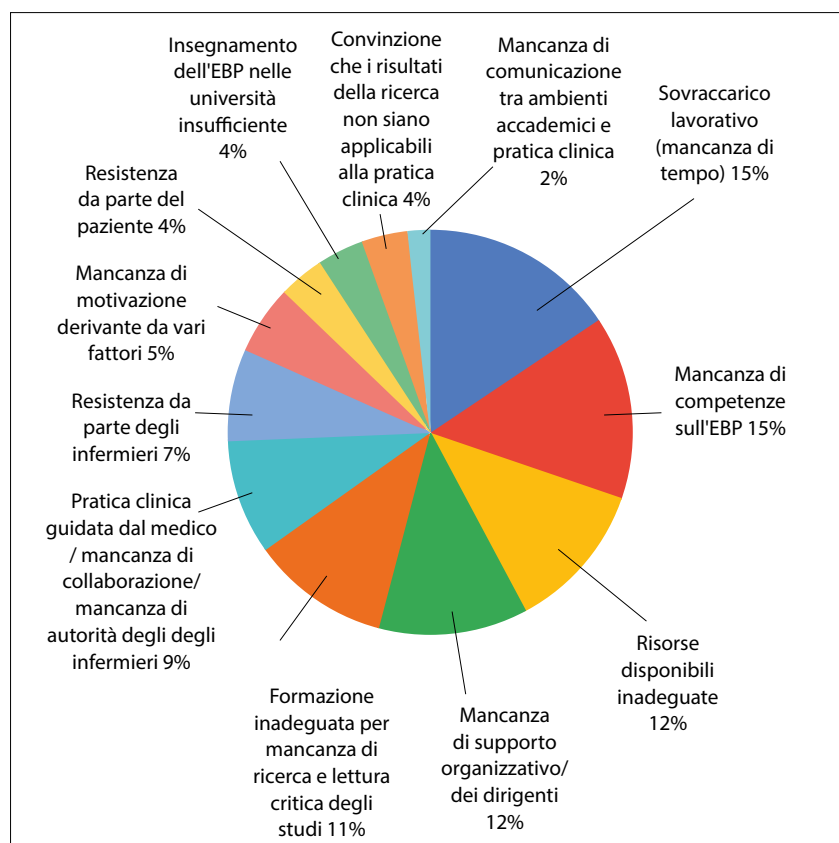


Figura 4. Barriere all'applicazione dell'EBP individuate dagli infermieri

individuali (15%, resistenza da parte degli infermieri, da parte dei pazienti e convinzione che i risultati della ricerca non siano applicabili alla pratica).

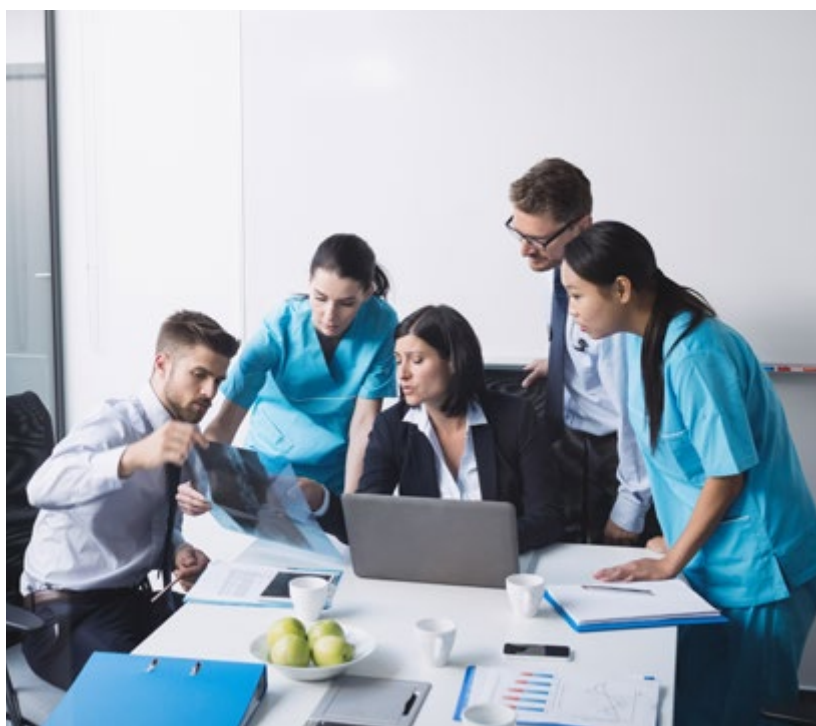
La barriera più frequentemente individuata è il sovraccarico lavorativo / carenza di tempo, citata da 17 studi (15%). Una carenza di personale infermieristico causa un eccessivo carico di lavoro sugli infermieri presenti, a cui rimane poco tempo per ricercare la letteratura su eventuali dubbi clinici e condividere decisioni cliniche con i pazienti. Secondo alcuni autori questa barriera è anche dovuta in parte da una cattiva gestione del tempo da parte degli infermieri (Dagne and Beshah, 2021; Dagne and Tebeje, 2021).

La seconda barriera più frequentemente individuata è stata la mancanza di competenze per l'implementazione dell'EBP, citata in 16 studi (15%). Gli infermieri percepiscono di non possedere conoscenze e competenze sufficienti ad implementare l'approccio EBP. Uno studio che ha descritto caratteristiche e contenuto della formazione riguardante l'EBP fornita dalle università nella formazione di base degli infermieri in sei paesi europei, tra cui l'Italia, ha concluso che l'insegnamento di tale materia non è ancora ben integrata nei corsi di laurea ed è insufficiente per permettere ai professionisti di utilizzare tale approccio nella pratica clinica, collegando quindi tale barriera ad una formazione universitaria di base insufficiente (Skela-Savič et al., 2020).

La terza barriera più frequentemente individuata è stata l'inadeguatezza delle risorse disponibili, riscontrata in 13 studi (12%). Essa è intesa come la mancanza di linee guida o protocolli locali evidence-based (ovvero elaborati dalle autorità sanitarie locali oppure dall'azienda sanitaria), la mancanza di accesso alla letteratura scientifica sul posto di lavoro e l'inadeguatezza delle strutture in cui il personale infermieristico opera (materiale o strumenti non disponibili). La carenza di risorse disponibili, in particolar modo per le risorse strutturali è strettamente legata alla situazione finanziaria del paese ed ai suoi investimenti nella sanità. È stato osservato che in paesi più sviluppati, come ad esempio la Norvegia o gli Stati Uniti, l'opinione riguardo le strutture e l'attrezzatura a disposizione è differente rispetto a paesi che hanno una scarsa disponibilità di risorse per il sistema sanitario, come ad esempio Cipro (Pitsillidou et al., 2021).

La mancanza di supporto organizzativo è stata individuata in 13 studi (12%), con la stessa frequenza della barriera precedente. Per supporto organizzativo si intende una dirigenza che incentivi l'utilizzo dell'EBP in vari modi, principalmente ponendo in atto interventi organizzativi che si concentrino sul cambiamento delle barriere all'EBP note nel loro contesto e all'implementazione di catalizzatori. Una buona parte degli studi inclusi riconosce la mancanza di supporto organizzativo come barriera ed al contempo la presenza di un supporto organizzativo come grande facilitatore. In particolare, come verrà descritto più in dettaglio nel capitolo successivo, il supporto organizzativo è risultato essere il 23% dei facilitatori complessivamente individuati.

In 12 studi (11%) gli infermieri affermavano di non avere una formazione adeguata alla lettura e comprensione critica degli studi. Questa barriera, all'interno degli studi inclusi era spesso associata ad una mancanza di competenze sull'EBP e la presenza di entrambe rappresenta un grande ostacolo all'implementazione dell'EBP. Anche tra gli infermieri che presentano competenze informatiche e di lingua inglese sufficienti a ricercare la letteratura, la comprensione critica della stessa rimane un grande ostacolo, anche tra gli infermieri laureati (Friesen-Storms, Beurskens and Bours, 2017). Una delle ragioni di questo fenomeno potrebbe essere la carenza di competenze statistiche, associata da un autore alla difficoltà di comprensione critica della letteratura e ad una difficoltà di utilizzo



dell'approccio EBP (Dagne and Beshah, 2021).

La pratica clinica guidata dal medico è stata un'altra barriera riscontrata con una certa frequenza in 10 studi (9%). Questa barriera consiste nel fatto che non sempre il ruolo degli infermieri viene riconosciuto ed essi vengono relegati a meri esecutori, non venendo consultati ed inclusi nel gruppo di professionisti a cui spetta prendere decisioni cliniche sui pazienti. Dove è stata riscontrata questa barriera quasi sempre le decisioni cliniche sono prese interamente dal medico, senza consultare gli infermieri. Ciò significa che se il medico non dà indicazioni cliniche evidence-based, risulta difficile l'applicazione dell'EBP.

In concomitanza alle decisioni prese solo dal medico, spesso gli infermieri non riconoscono nel loro stesso ruolo le competenze per partecipare alla decisione e diventare parte attiva di un team composto da più professionisti. Inoltre, la struttura gerarchica di gran parte degli ospedali moderni, che vede all'apice il medico, non fornisce la possibilità agli infermieri di acquisire autorità, partecipando attivamente al cambiamento dei processi assistenziali e relegando a livelli di autonomia molto bassi, anche per quanto riguarda l'assistenza infermieristica (Pitsillidou et al., 2021). In alcuni paesi, come ad esempio gli Stati Uniti, esistono i nurse practitioner, ovvero infermieri specializzati con competenze avanzate ed in grado di prescrivere esami diagnostici e terapie, anche farmacologiche, di base, oltre che diagnosticare semplici patologie. Spesso tali professionisti incontrano difficoltà nel partecipare alle decisioni cliniche, prevalentemente per la necessità di mantenersi all'interno dei propri confini professionali, in quanto molti team sanitari sperimentano problemi di identità professionale (Clarke et al., 2021).

Il 7% delle barriere individuate, riscontrata in 8 studi, è la resistenza al cambiamento da parte degli infermieri. Alcuni infermieri non si sentono pronti ad imparare ed eseguire nuove tecniche o nuovi tipi di assistenza e prediligono mantenere l'assistenza che erogano allo standard a cui sono abituati. Spesso tale barriera è associata a fattori personali, che a causa della cultura locale possono essere più o meno accentuati. Ad esempio, in Cina si presta particolare attenzione all'uniformità e standardizzazione della pratica infermieristica, preferendo un lavoro di routine rispetto ad un uso di immaginazione e pensiero critico. Preferiscono quindi svolgere le loro attività così come previsto dalle regole e sono restii ad accettare nuove idee o processi che potrebbero influenzare la loro abilità nell'eseguire i compiti secondo la routine quotidiana (Y. Fu et al., 2020).

La mancanza di motivazione è stata individuata in 6 studi (5%). I fattori che causano una mancanza di motivazione nominati negli studi in cui è stata individuata sono: mancanza di riconoscimento delle competenze specialistiche, demansionamento ed assenza di progressione di carriera. In due studi, svolti rispettivamente in Etiopia ed in Italia, tutti e tre questi fattori erano presenti ed erano considerati estremamente incisivi, in quanto contribuiscono a causare una maggior insoddisfazione lavorativa, tassi di burnout più elevati ed un maggior numero di cure mancate, che portano gli infermieri a non trovare il tempo e l'energia per applicare processi complessi come quello dell'EBP (Bagnasco et al., 2019; Dagne and Beshah, 2021).

La resistenza da parte del paziente compone il 4% delle barriere individuate ed è presente in 4 studi. Essa è intesa come l'attitudine del paziente a rifiutare trattamenti o tecniche innovative e a preferire quelle tradizionali. Ciò in alcuni casi può essere dovuto dall'immagine che l'opinione pubblica ha dell'infermiere, in gran parte del mondo spesso percepito ancora come solo esecutore e non come professionista affidabile (Shayan, Kiwanuka and Nakaye, 2019).

In ulteriori 4 studi (4%) è stato riscontrato che gli infermieri ritengono la loro formazione universitaria, rispetto all'EBP, insufficiente. Anche in Italia questa barriera è stata individuata in due diversi studi e potrebbe essere tra le cause di altre barriere individuate in questo studio: mancanza di competenze EBP, mancanza di capacità di ricerca, interpretazione clinica della letteratura e resistenza da parte degli infermieri e convinzione che i risultati della ricerca non siano applicabili alla pratica clinica (Bagnasco et al., 2019; Skela-Savič et al., 2020).

Quest'ultima barriera è stata riscontrata anch'essa in 4 studi (4% delle barriere) e come discusso poco fa potrebbe essere causata da una formazione di base insufficiente, in quanto spesso gli infermieri che lo sostengono non sono a conoscenza di parti o dell'intero processo dell'EBP (Pitsillidou et al., 2021).

L'ultima barriera per frequenza (2%) individuata in 2 studi è stata la mancanza di comunicazione tra ambienti accademici e clinici. Non sempre le ultime evidenze scientifiche vengono infatti diffuse tra gli infermieri clinici, che invece devono cercarle spontaneamente. L'utilizzo di nuovi modelli organizzativi all'interno delle strutture sanitarie ed il supporto dei dirigenti potrebbero portare ad una più semplice integrazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica, favorendo quindi il processo dell'EBP (Hasanpoor et al., 2019).

## **FACILITATORI**

Sono stati individuati 13 facilitatori: (Figura 5)

A differenza delle barriere, più distribuite, dalla figura 5 si può subito notare come il 61% dei facilitatori individuati sia composto da solo 3 diverse categorie.

Il 75% dei facilitatori, inoltre, è legato a fattori organizzativi che i dirigenti infermieristici potrebbero mettere in atto o favorire con interventi a livello organizzativo. Tali facilitatori sono: eventi formativi, supporto organizzativo, accesso alle banche dati sul lavoro, protocolli e politiche locali evidence-based, insegnamento integrato nella pratica tramite mentori, insegnamento universitario integrato nella pratica clinica, formazione continua.

Solo il 25% dei facilitatori è legato a fattori strettamente individuali e difficilmente modificabili a livello organizzativo, lasciando intendere nuovamente quanto sia fondamentale il ruolo della dirigenza infermieristica nel miglioramento dell'assistenza, favorendo l'introduzione dell'EBP a livello clinico.

I facilitatori individuali sono: titolo accademico più elevato, convinzioni positive sull'EBP, giovane età, funzioni di management.

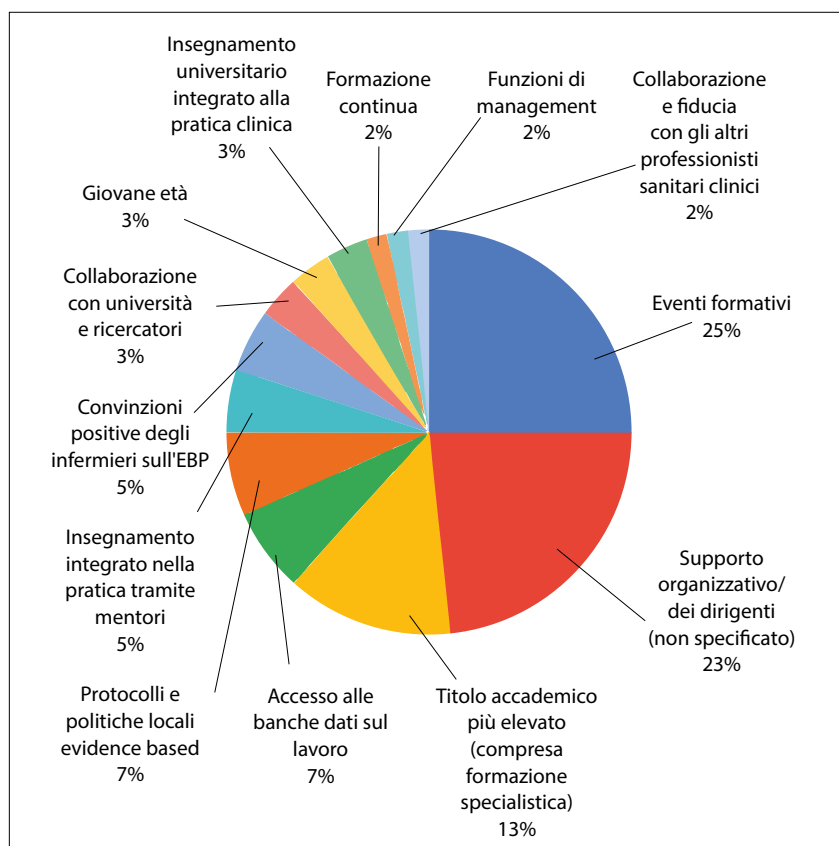
Gli eventi formativi, intesi come eventi formativi di varia durata (da alcune ore ad alcuni giorni) e dedicati esclusivamente all'EBP, compongono il 25% (15 studi) dei facilitatori individuati. Gli infermieri che vi hanno partecipato negli studi inclusi hanno generalmente mostrato un miglioramento significativo della loro comprensione dell'EBP.

In particolare, secondo uno studio, un intervento formativo è riuscito ad aumentare del 40% ( $p < 0.001$ ) le conoscenze ed abilità sull'EBP dei partecipanti e a ridurre significativamente la percezione di barriere relative alle capacità di ricerca della letteratura e di competenze sull'implementazione dell'EBP (van der Goot et al., 2018).

Il supporto organizzativo da parte dei dirigenti, individuato in 14 studi, compone il 23% dei facilitatori. Tutti gli studi in cui è stato individuato non specificavano con precisione in cosa consistesse il supporto organizzativo, ma nella maggior parte degli studi era inteso come una dirigenza che promuoveva l'EBP organizzando eventi formativi, garantendo tempi, spazi e risorse per implementarla, favorendo la diffusione di nuove pratiche o implementando modelli organizzativi che comprendano tutti questi fattori. In Australia è stato implementato un nuovo modello organizzativo in alcune strutture sanitarie, al fine di favorire l'EBP. Dopo 3 anni dall'implementazione tale modello ha influenzato positivamente l'utilizzo dell'EBP da parte dei clinici delle aziende coinvolte nel progetto (Sharplin et al., 2019).

Il terzo facilitatore più frequente (13%), individuato in 8 studi, è il titolo accademico più elevato. Negli studi inclusi, gli infermieri con una formazione più elevata rispetto al livello di base (come, ad esempio, laurea magistrale o formazione specialistica) hanno generalmente mostrato una minor percezione di barriere oppure un utilizzo dell'EBP più frequente rispetto ai colleghi con sola formazione di base. Tra gli 8 studi in cui questo facilitatore è stato individuato 2 si sono concentrati su di esso, riscontrando correlazioni significative tra il livello di istruzione degli infermieri ed i loro atteggiamenti, convinzioni ed implementazione nei confronti dell'EBP (Belowska et al., 2020; Degu et al., 2022).

L'accesso alle banche dati sul luogo di lavoro, componente il 7% dei facilitatori e riscontrato in 4 studi, è spesso percepito come barriera quando non presente, come analizzato in precedenza. Con esso si intende la possibilità di accedere a banche dati di ricerca scientifica (quali ad esempio Pubmed o Cochrane Library) con account istituzionali che permettono di accedere a gran parte degli articoli che altrimenti non sarebbero disponibili in full



**Figura 5. Facilitatori all'applicazione dell'EBP individuati dagli infermieri**

text. Generalmente l'implementazione dell'EBP è risultata facilitata in presenza di questo elemento, in particolar modo se le banche dati messe a disposizione erano ricche di studi inerenti l'infermieristica e la medicina. Per gli ospedali che vogliano aumentare l'implementazione dell'EBP è quindi consigliato mantenere un facile accesso a banche dati scientifiche, al fine di aumentare le conoscenze e competenze degli infermieri (Camargo et al., 2018). La disponibilità di protocolli e politiche locali evidence-based compone anch'essa il 7% dei facilitatori, individuata in 4 diversi studi. Lo studio di Sharplin del 2019, citato nel facilitatore "supporto organizzativo", comprendeva la redazione di protocolli e linee guida locali evidence-based ed insieme ad altri interventi, ha influenzato positivamente l'applicazione dell'EBP.

Secondo un altro autore, inoltre, è necessario concentrarsi sui facilitatori ed in particolare nel creare linee guida o protocolli evidence-based all'interno delle organizzazioni, al fine di migliorare l'assistenza (Haulesi Chiwaula and Jere, 2022).

Per insegnamento integrato nella pratica tramite mentori, si intende inserire degli infermieri esperti del processo dell'EBP all'interno dell'ambiente clinico, con lo scopo di trasmettere le loro conoscenze agli altri infermieri e di guidarli nell'implementazione di tale approccio. È stato individuato come facilitatore in 3 studi (5% dei facilitatori totali). La partecipazione a programmi di tutoraggio sembra essere molto efficace nel ridurre le barriere percepite (Schuler et al., 2021), mentre se affiancata da appositi eventi formativi sull'EBP, ne aumenta l'utilizzo fino al 300% ( $p < 0,05$ ) rispetto a chi non vi partecipa. Inoltre, la maggior parte dei partecipanti a tali programmi si vede successivamente impegnato come tutor clinico oppure in ricerche. L'impatto di tale programma sull'assistenza è stato notevole, avendone migliorato la qualità e la sicurezza, in particolare riducendo i giorni in cui era necessaria ventilazione, il numero di lesioni da pressione acquisite in ospedale, riducendo notevolmente il tasso di ricoveri ripetuti e portando le infezioni delle vie urinarie catetere correlate all'interno di una lungodegenza da 0,78 a 0,00 per 1000 giorni di permanenza del catetere (Alves, 2021).



Le convinzioni positive riguardanti l'EBP da parte degli infermieri, ovvero

la convinzione che l'EBP sia un approccio che porti ad un complessivo miglioramento dell'assistenza e vada adottato, è stato rilevato come facilitatore in 3 studi (5%). La conoscenza e i tassi di implementazione dell'EBP sembrano essere associati positivamente a tali convinzioni (Pereira, Pellaux and Verloo, 2018). Tale facilitatore potrebbe essere influenzato da un'adeguata formazione sull'EBP, in quanto sembra essere presente più frequentemente tra gli infermieri con livello di istruzione più elevato (Degu et al., 2022).

La collaborazione con università e ricercatori è stata individuata come facilitatore in 2 studi (3%) ed è intesa sia come collaborazione individuale da parte dell'infermiere che come progetto organizzato dalla dirigenza. Gli infermieri che partecipano a tali progetti di collaborazione sembrano riferire meno frequentemente di sentirsi impreparati nell'uso dell'EBP, rispetto ai colleghi che non vi partecipano (Camargo et al., 2018).

Anche la giovane età degli infermieri è stata associata positivamente all'utilizzo dell'EBP in 2 studi (3%), ma in nessuno di essi è stata indagata in maniera adeguatamente approfondita per poter trarre delle conclusioni.

Ulteriori 2 studi (3%) hanno invece indagato come all'interno delle università una formazione all'EBP teorica ed integrata ad un tirocinio clinico sia più efficace nel trasmettere conoscenze e competenze sull'argomento, rispetto alle sole lezioni teoriche o esercitazioni in aula. Un'adeguata formazione di base, riconosciuta come facilitatore, porta gli infermieri a dover affrontare un minor numero di barriere legate alle competenze nell'utilizzo dell'EBP nella pratica clinica (Horntvedt et al., 2018). In singoli studi sono stati identificati altri tre facilitatori che compongono ognuno il 2% dei catalizzatori individuati in totale.

Il primo è la formazione continua, non riguardante necessariamente l'EBP, ma generalizzata ed intesa in una maniera simile al programma di Educazione Continua in Medicina presente in Italia. La formazione continua sembra

infatti essere associata ad una riduzione della barriera sulle difficoltà di ricerca ed interpretazione della letteratura (Camargo et al., 2018).

Il secondo catalizzatore è risultato essere il fatto di ricoprire funzioni di management, che sembrano essere correlate a migliori convinzioni sull'EBP (Li, Cao and Zhu, 2019), ma l'unico studio che lo ha individuato è stato svolto in Cina, dove la cultura locale impone agli infermieri clinici di puntare sulla standardizzazione e l'efficienza ed il ruolo rivestito dai dirigenti è molto più importante che nel resto del mondo. Nessuno degli altri studi inclusi in questa revisione ha individuato la correlazione tra funzioni di management e migliori convinzioni sull'EBP rispetto agli infermieri clinici.

Il terzo ed ultimo facilitatore individuato è stato il clima di collaborazione e fiducia con gli altri professionisti sanitari. Esso, infatti, ha diminuito la barriera relativa alla pratica clinica guidata dal medico ed alla mancanza di autorità decisionale da parte degli infermieri. Questo facilitatore è stato individuato dallo studio in un ambiente di rispetto e fiducia reciproci all'interno del team sanitario, composto da professionisti competenti ed in grado di comunicare efficacemente ed ha permesso anche agli infermieri di prendere parte al processo decisionale clinico, proponendo nuove forme di assistenza secondo l'approccio EBP (Clarke et al., 2021).

### **Barriere e facilitatori in Italia**

I risultati finora discussi sono in linea con la revisione di Bagnasco, che ha affrontato in maniera dettagliata l'argomento in Italia e nella fattispecie ha collegato la scarsa applicazione dell'EBP a quattro fattori maggiori: formazione universitaria inadeguata, carichi di lavoro eccessivi, burnout ed insoddisfazione lavorativa.

Gli autori considerano il riconoscimento e l'introduzione nella pratica clinica dell'EBP da parte degli infermieri italiani come centrali per lo sviluppo della professione in Italia e come passo fondamentale per sviluppare una cultura della ricerca, oltre che essenziale per giustificare le attività infermieristiche e sostenere la necessità di risorse per la formazione universitaria post - laurea degli infermieri.

Lo studio di Skela-Savič del 2020 avvalorà i risultati ottenuti da Bagnasco, che afferma che una delle barriere più grandi presenti in Italia è probabilmente legata ad un'istruzione inappropriata, che porta alla mancanza di fiducia degli infermieri nei confronti dell'innovazione.

Sembra, infatti, che l'inadeguata formazione e gli ambienti lavorativi sfavorevoli, nei quali ogni infermiere ha in carico un grande numero di pazienti (maggiore di 6 pazienti per ogni infermiere nei reparti di degenza ordinaria) e la maggior parte degli infermieri svolge regolarmente attività non infermieristiche (quali ad esempio attività domestico - alberghiera), oltre a rilevare una maggior quantità di cure mancate, una maggior insoddisfazione sul lavoro e ad elevati tassi di burnout, porta gli infermieri a non trovare il tempo e l'energia per implementare l'approccio EBP, con tutte le ricadute sull'assistenza e sulla professione infermieristica precedentemente analizzate. Gli alti tassi di insoddisfazione sembrano essere, inoltre, legati non solo all'ambiente lavorativo sfavorevole, ma anche al basso riconoscimento lavorativo ed economico degli infermieri.

In Italia la mancanza di una reale e ben definita progressione di carriera per gli infermieri in ambito clinico, la mancanza di infermieri specializzati ed il basso riconoscimento economico sembrano essere un grande ostacolo per l'implementazione dell'EBP e probabilmente anche per la progressione della professione infermieristica all'interno del paese.

In altri paesi in cui sono presenti il medesimo basso riconoscimento lavorativo ed economico degli infermieri che è possibile trovare in Italia, come ad esempio l'Etiopia, la cui situazione è stata analizzata nello studio di Dagne e Beshah del 2021, è possibile giungere alle stesse conclusioni.

Secondo lo studio di Bagnasco, ciò che lo rende molto rilevante è il fatto che attraverso le evidenze scientifiche gli infermieri italiani hanno acquisito il coraggio di affrontare problemi irrisolti da molti anni. Un'adeguata formazione all'EBP potrebbe quindi, portare cambiamenti significativi alla professione infermieristica in Italia, oltre che ad un notevole miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza infermieristica, riducendo al contempo i costi complessivi per la sanità, come analizzato in precedenza nel corso di questa revisione.

### **Limiti**

I risultati di questa revisione potrebbero essere influenzati dai limiti della presente revisione. La fase di estrazione dei dati dai singoli studi è stata svolta da un solo operatore e questo potrebbe determinare la presenza di detection bias. In questa revisione sono stati inclusi gli articoli pubblicati negli ultimi 5 anni, questo potrebbe aver escluso articoli con risultati discordanti, considerando che gli studi degli ultimi 2 anni sono stati influenzati dalla pandemia da Covid-19, su cui la ricerca ha incentrato il proprio interesse. Ha inoltre inciso su come alcuni studi o interventi siano stati svolti, ad esempio per quanto riguarda la difficoltà di svolgere studi su interventi formativi

effettuati in presenza. Non sono stati inclusi studi a cui non si è avuto modo di accedere al full text, nonostante rispondessero ai criteri di inclusione. Ciò potrebbe aver influito sui risultati.

Alcune banche dati che avrebbero potuto contenere studi pertinenti ed in grado di influenzare i risultati (quali ad esempio CINAHL) non sono state consultate.

È stata inclusa solo la letteratura in lingua inglese ed italiana, escludendo altra letteratura potenzialmente pertinente. Una parte degli studi inclusi in questa revisione conteneva piccoli campioni o era stata svolta in contesti poco generalizzabili e alcuni studi non avevano come oggetto i soli infermieri. Inoltre, non è stata valutata la qualità dei singoli studi inclusi in questa revisione.

## CONCLUSIONI

### Implicazioni per la pratica

La maggior parte delle barriere e dei facilitatori individuati sono influenzabili dalla dirigenza delle professioni sanitarie, il cui ruolo assume una grande importanza nei livelli di implementazione dell'EBP e di qualità e sicurezza dell'assistenza infermieristica. I dirigenti dovrebbero concentrare i loro sforzi nel ridurre le barriere ed introdurre facilitatori.

Prioritariamente potrebbero abbattere la barriera relativa alle conoscenze sull'EBP degli infermieri, organizzando eventi formativi e se possibile tutoraggi.

Fornire un adeguato supporto organizzativo, incentivando gli infermieri ad utilizzare l'EBP, mettendo a disposizione banche dati accessibili sul luogo di lavoro e predisponendo tempi e spazi per poterle utilizzare, redigere nuove linee guida e protocolli evidence-based, potrebbe incrementare notevolmente la qualità e la sicurezza dell'assistenza, così come includere maggiormente gli infermieri all'interno dei gruppi di lavoro per l'elaborazione di procedure e PDTA.

Ulteriori sforzi dovrebbero concentrarsi sulle università, migliorando la formazione di base degli infermieri sull'EBP, andando così a ridurre le barriere per i futuri professionisti.

### Implicazioni per la ricerca

È necessario svolgere ricerche per comprendere quali sono le strategie più efficaci per insegnare la corretta applicazione del metodo EBP sia all'interno delle università che in appositi corsi per infermieri. La maggior parte degli studi inclusi in questa revisione, infatti, si è concentrata sul dimostrare che la formazione è particolarmente efficace nell'aumentarne l'utilizzo complessivo, ma non si è focalizzata su quali strategie utilizzare durante l'insegnamento. Lo stesso approccio è stato utilizzato nella maggior parte degli studi che prendevano in considerazione interventi organizzativi di vario tipo, dimostrando come essi siano efficaci, ma senza chiarire precisamente in quale modo lo sia ognuno.

È comprensibile la difficoltà nel condurre studi che indaghino questi elementi, data la presenza di numerosi fattori umani e locali, non sempre prevedibili o facilmente individuabili, che potrebbero influenzarne notevolmente i risultati. Tuttavia, un buon numero di studi svolti in diversi contesti potrebbe migliorare l'attuale comprensione dell'impatto di singole barriere e facilitatori.

Si auspica, inoltre, una maggiore attenzione al contesto italiano che, come discusso in precedenza, presenta barriere non riscontrabili tra i paesi leader della ricerca (quali ad esempio lo scarso riconoscimento professionale ed economico), dove solitamente gli sforzi si concentrano.

In ogni caso, questo studio potrebbe costituire un supporto per i manager che intendono definire delle strategie orientate a favorire la diffusione di cure basate sull'evidenza scientifica.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:** [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)

**Martina Ruberto**

(RN) infermiera, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

**Giovanna Castellini**

Psicoterapeuta, Centro Stress e Disadattamento Lavorativo, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

**Silvia Ronchi**

(RN, MSc), Dottoranda di ricerca in Nursing and Midwifery, Università degli Studi di Milano-Bicocca

# La gestione della donna con storia di violenza di genere, ricoverata in contesti di cure per acuti: revisione narrativa della letteratura

*Management of women with a history of gender-based violence hospitalized in acute care settings: a narrative review*

**RIASSUNTO****Introduzione**

La violenza contro le donne è una priorità sanitaria che coinvolge molte donne, pur rimanendo spesso nascosta. Gli infermieri hanno un ruolo chiave nell'assistenza alle vittime e, nei reparti di degenza, affrontano sfide uniche rispetto al Pronto Soccorso.

**Scopo**

Indagare le pratiche infermieristiche riguardanti l'assistenza alle donne che si sospetta siano vittime di violenza o che rivelano la loro situazione durante un ricovero ospedaliero per motivi clinici diversi dalla violenza stessa.

**Metodi**

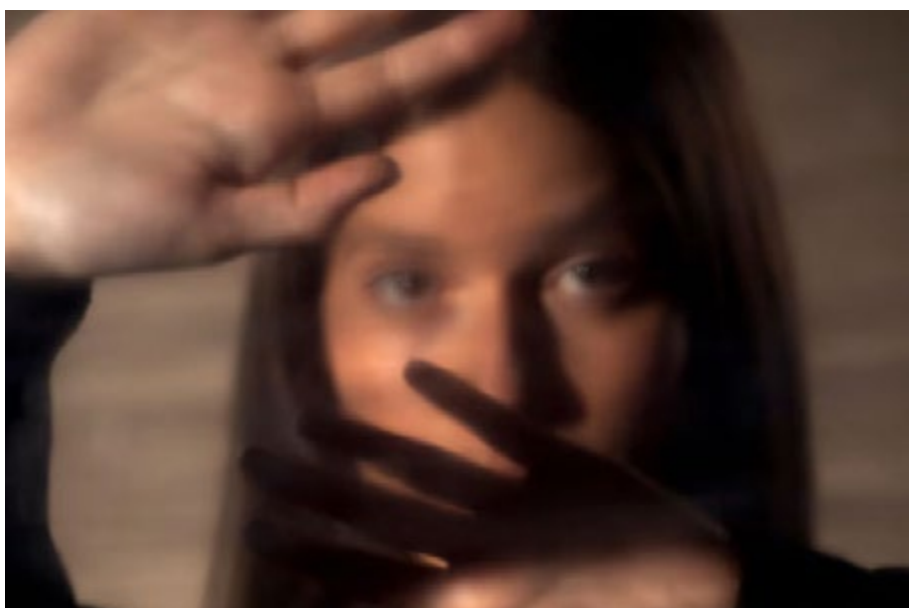
Revisione narrativa della letteratura tramite ricerca bibliografica sulle principali banche dati biomediche.

**Risultati**

La revisione della letteratura identifica tre variabili chiave che influenzano la gestione della divulgazione della violenza: ostacoli, aspetti relazionali e comunicativi e l'ambiente. Gli ostacoli includono la mancanza di formazione tra gli infermieri, la riluttanza a sollevare la questione per timore di danneggiare la relazione con le donne, stereotipi culturali e pregiudizi e la mancanza di linee guida specifiche. Un rapporto di fiducia tra gli infermieri e le donne vittime di violenza è essenziale, in quanto le donne desiderano che la questione della violenza sia sollevata e trattata. La conversazione deve essere effettuata in un ambiente privato, tranquillo e con il giusto tempo a disposizione.

**Conclusioni**

Per elevare la qualità dell'assistenza infermieristica nella gestione della violenza e promuovere una pratica più consapevole e sicura è fondamentale migliorare la formazione, combattere i pregiudizi, diffondere i protocolli. Inoltre,



è essenziale introdurre scenari di simulazione nella formazione di base degli infermieri.

### **Parole chiave**

Violenza di genere, Violenza sulle donne, Rivelazione, Infermieri, Relazione infermiere-assistito.

### **ABSTRACT**

#### **Background**

Gender violence affects many women, nowadays is a health priority but often remains hidden. Nurses play a key role in caring for victims and they have to face unique challenges in inpatient settings compared to the Emergency Department.

#### **Aim**

To investigate nursing practices regarding the care of women who are suspected victims of violence or who disclose their situation during a hospital stay for medical reasons other than violence itself.

#### **Methods**

Narrative review of the literature through bibliographic search of major biomedical databases.

#### **Results**

The literature review identifies three key variables that influence the management of disclosure of violence: barriers, relational and communication aspects and the environment. Barriers include lack of training among nurses, reluctance to raise the issue for fear of damaging the relationship with women, cultural stereotypes and prejudices and the lack of specific guidelines. A relationship of trust between nurses and women victims of violence is essential, as women would like the issue of violence to be raised and addressed. Conversations on the topic of violence should be given an adequate amount of time in a quiet and private setting.

#### **Conclusion**

It is essential to improve training, fight prejudices, and disseminate protocols to raise the quality of nursing care in the management of violence and promote a more aware and safe nursing practice. Furthermore, it is essential to introduce simulation scenarios on the topic in nurses training and education.

#### **Keywords**

Gender-based violence, Nurses, Disclosure, Women abuse, Nurse-patient relationship.

### **INTRODUZIONE**

La violenza contro le donne è al giorno d'oggi una delle più diffuse, persistenti e devastanti violazioni dei diritti umani, ("Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne – 25 novembre – [www.onuitalia.it](http://www.onuitalia.it)") con un grande impatto a livello mondiale, ricorrente in tutte le fasce di età e si manifesta in 1 donna su 3 (Ministero della Salute).

L'articolo 1 della Dichiarazione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sull'eliminazione della violenza contro le donne definisce, per la prima volta nel 1993, l'espressione "violenza contro le donne" come "ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata", considerandolo come "un problema di salute enorme e uno dei principali fattori di rischio di cattiva salute e di morte prematura per donne e ragazze" ("Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne – 25 novembre – [www.onuitalia.it](http://www.onuitalia.it)").

Negli ultimi anni, si è registrato un aumento dell'attenzione mediatica verso questo fenomeno, specialmente in seguito a tragici eventi di cronaca. Nonostante siano state lanciate numerose campagne di sensibilizzazione per combattere il fenomeno, la violenza di genere rimane in gran parte invisibile, con un significativo numero di donne che non condividono la loro esperienza di violenza e non la denunciano ("Istat.it - Violenza sulle donne").

Gli eventi traumatici correlati alla violenza in tutte le sue forme hanno un impatto distruttivo immediato e duraturo sulla vita della donna, con ripercussioni sia a breve termine che a lungo termine, conseguenze sulla vita sessuale e riproduttiva. (Gino e Caenazzo, 2019), andando ad incidere sia nella sfera biologica che in quella psicologia e sociale (Gino e Caenazzo, 2019).

Tra i disturbi a breve termine si trovano i disturbi ginecologici, le complicanze della gravidanza, l'aborto spontaneo e le gravidanze indesiderate. Sul lungo termine possono invece manifestarsi malattie a trasmissione sessuale (compresa positività all'HIV e lo sviluppo di AIDS), sterilità, malattie infiammatorie pelviche e disfunzioni sessuali (Gino e Caenazzo, 2019).

Da non sottovalutare sono le ripercussioni a livello psicologico e comportamentale, che possono avere un esordio immediato, come ansia, attacchi di panico, insonnia, sensi di colpa e di vergogna e inattività, oppure presentarsi a

distanza dell'evento attraverso depressione, fobie, scarsa autostima, disturbo post-traumatico da stress, comportamenti autolesivi, abuso di alcol e droghe e disturbi alimentari (Gino e Caenazzo, 2019).

Gli infermieri ricoprono un ruolo cruciale nell'assistenza alle donne vittime di violenza, intervenendo nell'immediatezza del fatto tramite la fornitura di supporto, cure e risorse alle donne vittime di violenza. Tuttavia, è frequente che le donne non rivelino spontaneamente quale sia il reale motivo del loro stato di salute o che non ammettano facilmente il problema quando interrogate direttamente. In queste situazioni, il personale sanitario deve essere in grado di sospettare che la violenza sia la causa, basandosi sulla storia clinica della donna e sui segni e sintomi. Pertanto, l'obiettivo del personale sanitario sarà quello di approfondire la questione con la donna, al fine di orientarla verso specifici servizi di assistenza e supporto, che possano garantire una presa in carico completa, non solo dal punto di vista sanitario ma anche sociale, psicologico e legale (Gino e Caenazzo, 2019).

Come già accennato, nonostante gli sforzi per combattere questo fenomeno, molte vittime rimangono in silenzio per vergogna, paura e senso di colpa (Gino e Caenazzo, 2019).

L'intervento nella fase acuta da parte dei professionisti sanitari che accolgono la vittima di violenza sessuale comporta la necessità di sapersi confrontare non solo con priorità di tipo clinico, ma anche con la sofferenza e l'angoscia che caratterizzano i vissuti di questa tipologia di assistite. Il giusto approccio spesso è la chiave per ottenere un buon esito (Longo, 2017).

A differenza degli infermieri di Pronto Soccorso che sono più preparati, tramite corsi di formazione specifica e la presenza di protocolli di triage, con indicazioni sulle modalità di gestione del caso, nel riconoscere e nell'accogliere la donna soggetta a violenze, gli infermieri dei reparti di degenza si trovano ad affrontare una sfida complessa e inaspettata (Withiel et al., 2022). Il Pronto Soccorso rappresenta spesso il primo punto di contatto con il sistema ospedaliero per le donne, offrendo agli infermieri in questo contesto un'importante opportunità per sviluppare competenze cliniche nella gestione della violenza, grazie alla loro potenziale esposizione ai pazienti con esperienze di violenza (Withiel et al., 2022). Uno studio trasversale condotto nel 2021, focalizzato sulla preparazione e sulla risposta alla violenza nelle diverse aree cliniche, ha rivelato che gli infermieri del pronto soccorso possiedono una conoscenza significativamente superiore rispetto ai loro colleghi delle unità di degenza, in quanto effettuano screening per la violenza con maggiore frequenza, dimostrando una maggiore conoscenza e sicurezza nella gestione delle donne vittime di violenza rispetto ai colleghi delle unità di degenza (Withiel et al., 2022).

Gli infermieri che lavorano nei diversi reparti di degenza, grazie ai loro continui contatti con le donne e al tempo significativo trascorso con loro durante la degenza occupano una posizione unica che li rende idonei a svolgere un ruolo attivo nel supportare le vittime di violenza (Withiel et al., 2022). Tuttavia, è importante notare che, a causa della mancanza di uno screening regolare per la violenza, potrebbe sfuggire loro l'identificazione di situazioni di abuso sulle donne. Questo può comportare il rischio di perdere occasioni fondamentali per fornire il supporto e l'assistenza necessari alle vittime (Withiel et al., 2022).

## OBIETTIVO

Alla luce dell'importante diffusione del fenomeno e delle ripercussioni sulla salute della donna, ci si propone di contribuire all'arricchimento delle conoscenze nel campo dell'assistenza infermieristica e della gestione della donna vittima di violenza, nei casi in cui vi sia un sospetto o il disvelamento della violenza subita avvenga in un contesto diverso dal Pronto Soccorso, durante per il ricovero per altri motivi clinici. Lo scopo sarà dunque compendiare le conoscenze disponibili in letteratura in merito agli ostacoli presenti nella gestione del problema e alle strategie che il personale infermieristico afferente alle aree di degenza ordinaria può utilizzare nel supportare dapprima il disvelamento ed in seguito il percorso di presa in carico della donna, nell'uscita dalla situazione violenta.

## MATERIALI E METODI

Per raggiungere lo scopo è stata condotta una ricerca bibliografica, partendo dalla costruzione di un quesito di ricerca secondo l'acronimo PIO, come di seguito riportato:

**P:** Donne vittime di violenza

**I:** Interventi infermieristici e strategie relazionali per la gestione del disvelamento e della presa in carico

**O:** Migliore gestione del percorso di presa in carico della donna vittima di violenza

La ricerca bibliografica è stata condotta da luglio a Settembre 2023, consultando le banche dati Cinahl, Embase, PsycInfo e Ovid MedLine, utilizzando le parole chiave *"Gender-Based Violence"*, *"Domestic Violence"*, *"Intimate Partner Violence"*, *"Sexual Abuse"*, *"Nursing Care"*, *"Nurses"*, *"Nurse-Patient Relations"*, *"Nursing Role"*, *"Nurse Attitudes"*, *"Clinical Competence"*. Le stringhe di ricerca sono state costruite utilizzando gli operatori booleani *"AND"*, *"OR"* e *"NOT"*; i caratteri jolly con funzione di troncamento e i termini Theasurus, ove disponibili. In tutte le banche dati, sono stati

imposti limiti linguistici, includendo studi in lingua inglese e italiana. I criteri temporali applicati prevedevano la pubblicazione del documento tra l'anno 2013 e il 2023. La tabella 1 (riportata sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)) riassume le strategie di ricerca utilizzate su ciascuna banca dati.

L'interrogazione delle banche dati ha restituito un totale di 73, 81, 40 e 60 risultati in Cinahl, MedLine, PsycInfo ed Embase, rispettivamente. A seguito della rimozione dei duplicati, i records sono stati valutati per l'eleggibilità come da PRISMA Flow Diagram, illustrato in Figura 1, selezionando i documenti che:

- avessero per argomento la violenza sul genere femminile
- riguardassero la presa in carico della donna vittima di violenza ricoverata nei reparti di degenza
- trattassero l'esperienza dalla gestione della vittima di violenza in ambito ospedaliero dal punto di vista degli infermieri.

Sono stati esclusi i risultati riguardanti la gestione della donna vittima di violenza in Pronto Soccorso, la violenza sui Minori e il genere maschile o il traffico sessuale. I documenti eleggibili ai fini del raggiungimento dello scopo sono stati sottoposti a lettura integrale, analisi e sintesi in tabelle sinottiche.

## RISULTATI

Sono stati inclusi nella revisione 18 documenti, condotti in diverse aree geografiche e con disegni di studio differenti. Dalla lettura integrale dei documenti identificati tramite la ricerca bibliografica, sono emerse tre tematiche principali, come riportato in tabella 3 (riportata sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)).

### OSTACOLI AL DISVELAMENTO

In letteratura sono presentati diversi ostacoli alla gestione del disvelamento della violenza. La percezione, da parte degli infermieri, di essere poco formati o di non avere conoscenze per la gestione dei casi di violenza sulle donne può essere una delle principali barriere all'identificazione degli abusi sulle donne (Vijayalakshmi et al., 2021).

In uno studio inglese, più della metà degli infermieri di area ortopedica ha riferito di chiedere alle donne informazioni sulla violenza domestica, ma gli stessi riportano di avere scarse conoscenze su come agire per gestire la fase successiva alla divulgazione, non conoscendo i supporti disponibili (Downie et al., 2019).

Negli studi condotti nel Regno Unito e in Australia, gli infermieri hanno riferito di avere una formazione precedente sul tema assente (nel 30% dei casi) o comunque estremamente limitata (mediamente di 2-5 ore di lezione o workshop sulle competenze) (Ali et al., 2022). I risultati in merito alla formazione sono simili anche in uno studio condotto su un campione di infermieri afferenti all'area psichiatrica di diversi ospedali in India, i quali riferivano per la maggior parte di avere ricevuto informazioni sul fenomeno degli abusi sulle donne attraverso Internet, film o giornali. Meno della metà degli infermieri intervistati aveva ricevuto informazioni sul problema durante il percorso di formazione infermieristica (Vijayalakshmi et al., 2021). Questo aspetto è in linea con quanto emerso dalla ricerca condotta da Motta et al., in cui uno dei partecipanti ha riferito di aver ottenuto le proprie conoscenze sul tema principalmente dai mezzi di comunicazione, una situazione che desta preoccupazione (Ribeiro Mota et al., 2020). In uno studio condotto in Arabia Saudita il 63% degli infermieri non aveva mai ricevuto un training sul tema della violenza domestica e mediamente le ore di formazione sull'intero campione erano inferiori ad una (Alhalal, 2020). Nel contesto etiope, la percentuale di infermieri formati sul tema della violenza era ancora più esigua (13%) e circa la metà degli operatori si sentiva impreparata a gestire queste situazioni (Belay et al., 2022).



Il fattore età è correlato al livello di formazione e di conoscenze possedute in quasi tutti i setting di studio. L'età era associata positivamente alla preparazione ( $r=0,22$ ,  $p>0,01$ ), alla conoscenza ( $r=0,21$ ,  $p<0,01$ ) e agli atteggiamenti ( $r=0,13$ ,  $p=0,03$ ) nel campione di infermieri australiani e britannici, così come nel campione etiope, in cui la conoscenza del fenomeno era maggiore negli infermieri tra i 31 e i 45 anni, rispetto ai più giovani (20-30 anni,  $p=0,03$ ) (Ali et al., 2022; Belay et al., 2022). Lo stesso fenomeno è emerso in un campione saudita, in cui sono state rilevate relazioni positive tra l'età degli infermieri e le loro conoscenze e atteggiamenti effettivi (Alhalal, 2020).

Bradbury-Jones et al., dai risultati del loro studio riportano che, mentre gli infermieri sembrano possedere una comprensione teorica solida della situazione, hanno una difficoltà a trasferire nella pratica questa conoscenza posseduta (Bradbury-Jones et al., 2017; Poreddi et al., 2020).

Nello studio svolto da Fisher, effettuato nel 2020, tra le domande poste ai soggetti intervistati per valutare la loro preparazione, è stato chiesto quale approccio ritengano adeguato da adottare quando una donna, riferisce di essere una vittima di violenza (Fisher et al., 2020). Circa un terzo dei partecipanti ha ammesso di non sapere come rispondere in situazioni simili e la metà dei partecipanti ha segnalato di avere una conoscenza limitata sull'approccio adeguato in tali situazioni. Solo il 15% dei partecipanti si è sentito sicuro di sapere come agire in queste circostanze (Fisher et al., 2020).

In un grande ospedale di terzo livello australiano, il personale infermieristico delle unità operative di degenza per acuti, ha evidenziato una difficoltà nell'indagare un sospetto di violenza in quanto non sapeva cosa fare o dire (75 partecipanti su 141) (Withiel et al., 2022); anche in altri studi è riportato che gli infermieri non sanno cosa o come indagare sugli abusi o come rispondere al disvelamento (Downie et al., 2019; Fisher et al., 2020) e che gli infermieri di area psichiatrica hanno difficoltà a intraprendere una conversazione sul tema con le donne e, pertanto, talvolta scelgono di mantenere il silenzio (Poreddi et al., 2020; Ribeiro Mota et al., 2020).

Ci sono diverse motivazioni che possono sottostare a questo fenomeno. Ad esempio, in alcuni casi, gli infermieri possono sospettare una violenza ma mancano di motivazione a identificarla come tale, perché ciò innescerebbe una cascata di emozioni, oltre che richiedere attività e interventi da svolgere (Bradbury-Jones et al., 2014). Questo aspetto assume una maggiore importanza soprattutto nel caso in cui l'infermiere abbia esperienze personali di violenza, perché subita direttamente o indirettamente (ad esempio, se la vittima è un familiare o un amico) (Heikel et al., 2023; Qasem et al., 2013). La storia personale di violenza può far sì che gli infermieri vivano emozioni di paura e angoscia generati dalla rivelazione della violenza da parte della donna (Heikel et al., 2023).

Gli infermieri possono anche avere timore di provare emozioni che non sono in grado di gestire (Poreddi et al., 2020): di fronte al disvelamento, possono temere di provare sentimenti di impotenza o di perdita di controllo sulla situazione (Qasem et al., 2013), oppure sentirsi a disagio o insicuri rispetto alla propria capacità di gestione (Törnkvist et al., 2018) e, di conseguenza, provare senso di colpa per non essere in grado di aiutare le donne (Poreddi et al., 2020). Sono inoltre preoccupati del fatto che porre domande possa risultare offensivo per la donna (Alhalal, 2020; Downie et al., 2019; Heikel et al., 2023; Qasem et al., 2013; Withiel et al., 2022) o possa peggiorarne la condizione (Downie et al., 2019; Törnkvist et al., 2018). Gli infermieri inoltre hanno paura che indagare il sospetto di violenza possa incrinare il rapporto di fiducia instaurato con la donna (Alhalal, 2020; Withiel et al., 2022) o possa creare un trauma secondario nel momento in cui viene posta una domanda sulla violenza (Poreddi et al., 2020). Talvolta, la decisione di non affrontare questo argomento può derivare dalla paura di trovarsi coinvolti in complesse questioni legali (Belay et al., 2022); un'altra motivazione emersa nello studio di Motta et al., è legata alla paura di diventare un obiettivo dell'autore della violenza, che può portare l'infermiere a scegliere di evitare di toccare questo tema (Ribeiro Mota et al., 2020).

Un altro preconcetto che gli infermieri possono avere nell'indagare l'abuso è legato al pensiero che affrontare la violenza costituisca un'intrusione nella privacy di una famiglia (Belay et al., 2022), in quanto percepiscono la violenza come una questione più familiare e privata che di salute (Qasem et al., 2013; Törnkvist et al., 2018). Se la violenza non è vista come un problema clinico, non può essere percepita come una questione di responsabilità infermieristica, ma più come una questione sociale (Withiel et al., 2022), che, secondo alcuni infermieri, non è inclusa nelle attività dell'infermiere ma di quelle dell'assistente sociale (Poreddi et al., 2020). Il 62% degli infermieri di area ortopedica in uno studio multicentrico condotto nel Regno Unito, ha riferito di chiedere alle donne se le loro fratture fossero correlate a una violenza domestica solo se lo sospettavano dalla storia e di questi il 41% (10% del campione totale) riteneva che porre queste domande non fosse di sua competenza (Downie et al., 2019). Anche in uno studio condotto in Arabia Saudita emerge che pochissimi infermieri credono di avere la responsabilità di indagare la violenza domestica (Alhalal, 2020). Contrariamente a quanto finora riportato, da una survey effettuata è emerso che molti tra gli infermieri australiani e britannici intervistati ritengono che gli infermieri abbiano la responsabilità di fare domande sulle possibili violenze domestiche a tutte le persone di cui si prendono cura e

avevano la consapevolezza di poter agire ed intervenire anche se la donna non riconosceva la situazione d'abuso (Ali et al., 2022).

Ulteriori barriere sono le differenze di cultura, etnia o età e la mancanza di fluidità di espressione dell'infermiere nella lingua madre delle donne, qualora sia diversa dalla loro (Fisher et al., 2020). Le differenze culturali possono rappresentare un ostacolo significativo quando si tratta di donne vittime di violenza, perché influiscono notevolmente su come queste donne percepiscono, affrontano e segnalano la violenza, oltre a influenzare le risposte e gli interventi degli operatori sanitari e delle istituzioni (Alotaby et al., 2013; Qasem et al., 2013). In molte culture, ad esempio, il silenzio e la vergogna legati alla violenza domestica possono essere particolarmente pronunciati, rendendo difficile per le vittime parlare delle loro esperienze o cercare aiuto. Inoltre, le diverse interpretazioni culturali della violenza, della sottomissione e dei diritti delle donne possono rendere più complicata la definizione stessa di cosa costituisca la violenza di genere. Lo studio di Heikel et al., ha messo in luce l'importanza del riconoscimento del fatto che nessun individuo è immune o esente da qualsiasi forma di violenza, indipendentemente dalla loro identità o origine. La violenza di genere può colpire chiunque (Heikel et al., 2023).

Un ulteriore ostacolo è rappresentato dall'assenza di linee guida specifiche e di procedure operative standard per i contesti di degenza che non agevola la valutazione della violenza (Poreddi et al., 2020). In uno studio saudita è emerso che il 63,2% degli infermieri afferenti a diverse aree cliniche non era a conoscenza dell'esistenza di un protocollo per affrontare la violenza da partner intimo nel proprio ospedale, né delle politiche della propria istituzione per la valutazione e la gestione della stessa (Alhalal, 2020). Circa un terzo dei partecipanti a uno studio australiano ha riferito di non sapere cosa fare di fronte a un disvelamento: molti si sarebbero rivolti all'assistente sociale o al medico curante e avrebbero ottenuto il consenso della donna, assicurando la riservatezza di quanto riferito, prima di intervenire condividendo i contenuti del disvelamento (Fisher et al., 2020).

## RELAZIONE E COMUNICAZIONE

La letteratura indica che è più probabile che il disvelamento avvenga se alle donne vengono poste domande dirette e ripetute sugli abusi (Bradbury-Jones et al., 2014).

È fondamentale che l'infermiere nella relazione con la donna che si sospetta o che riferisce di avere subito violenza si ponga come catalizzatore del percorso di riflessione della donna stessa sulle proprie esperienze, sostenendola nel processo che porta a definire e nominare le esperienze come abusive (Bradbury-Jones et al., 2017, 2014).

All'interno del processo di assistenza indirizzata alle donne vittime di violenza, è emerso che gli infermieri hanno identificato il ruolo cruciale del rapporto instaurato con le assistite. Questo legame si è dimostrato essere un fattore chiave che favorisce e incentiva la divulgazione di informazioni rilevanti e la disponibilità delle donne coinvolte a esporre la propria situazione (Ribeiro Mota et al., 2020).

Un aspetto interessante da notare è che le donne, sebbene non siano inclini a rivelare la loro situazione e non lo rivelino spontaneamente, vogliono che la questione relativa alla violenza sia sollevata (Alotaby et al., 2013; Bradbury-Jones et al., 2017; Downie et al., 2019; Taylor et al., 2013), attribuendo agli operatori sanitari la responsabilità di chiedere informazioni sugli abusi, perché questo aiuta nel processo di denominazione (Bradbury-Jones et al., 2014), e chiedendo che gli operatori stessi si pongano come soggetti proattivi nel porre domande sugli abusi (Alotaby et al., 2013).

Bradbury-Jones et al., in uno studio del 2014, riportavano che le donne che avevano sperimentato violenza da partner intimo erano critiche nei confronti della riluttanza di alcuni professionisti sanitari nel parlare della violenza (Bradbury-Jones et al., 2014) ed esprimevano rabbia nei confronti delle infermiere che, evitando di parlarne, non erano state in grado di offrire opportunità per la divulgazione (Bradbury-Jones et al., 2017). Questo atteggiamento crea l'impressione che la violenza sia un tabù, mentre chiedere informazioni dà alle donne l'impressione che sia un argomento di cui si può parlare in modo aperto e sicuro, creando così opportunità per la divulgazione (Bradbury-Jones et al., 2017).

Difatti, da uno studio britannico emerge che il 36% del personale infermieristico di area ortopedica ha precedentemente assistito a una divulgazione della violenza domestica da parte di una donna durante l'assistenza, il che suggerisce che le donne sono potenzialmente disposte a confidare quanto accaduto al personale sanitario nei contesti di traumatologia ortopedica (Downie et al., 2019).

Per facilitare il processo di disvelamento è importante mantenere un atteggiamento non giudicante (Fisher et al., 2020; Heikel et al., 2023), riconoscendo la difficoltà nella divulgazione, e utilizzare una comunicazione culturalmente sensibile (Heikel et al., 2023).

Nell'approccio alle situazioni di violenza sulle donne in un contesto clinico di degenza, è fondamentale essere consapevoli della presenza degli stereotipi e pregiudizi di matrice educativa, culturale e religiosa che sono diffusi

anche all'interno del personale sanitario e possono influenzare l'agire e il comportamento professionale (Alotaby et al., 2013; Qasem et al., 2013).

Uno degli stereotipi prevalenti, ad esempio, è che la violenza da partner intimo accada solo a certi "tipi" di persone (Bradbury-Jones et al., 2017), come coloro che hanno fatto qualcosa per provocare l'abuso o nelle popolazioni a basso reddito (Heikel et al., 2023).

Uno studio etiope ha fatto emergere che circa il 15% degli infermieri intervistati ritiene che la violenza non si verifichi a meno che la donna non abbia fatto qualcosa per indurre l'autore del reato ad abusare di lei e circa un terzo ritiene che la violenza sia legata solo ad alcuni contesti e gruppi socio-economici (Belay et al., 2022), mentre altri studi hanno sottolineato come talvolta i professionisti sanitari credano che le donne siano corresponsabili degli abusi subiti (Di Giacomo et al., 2017; Taylor et al., 2013).

Gli stereotipi costituiscono un elemento critico, non solo per la stigmatizzazione e il biasimo che possono generare nei confronti della donna abusata, ma anche perché gli infermieri con questi preconcetti possono indagare il sospetto di violenza da parte del partner intimo solo nelle donne che si adattano al loro stereotipo (Alotaby et al., 2013; Bradbury-Jones et al., 2017) e questo può generare errori nel giudizio clinico nei casi di violenza domestica (Alotaby et al., 2013).

Lo studio condotto da Ali et al., invece, ha fatto emergere che gli infermieri, seppur consapevoli che l'abuso di alcol e droghe potesse essere un fattore correlato alle violenze domestiche, non condividevano l'affermazione secondo cui le donne che abusano di alcol/stupefacenti abbiano maggiore probabilità di avere una storia di violenza domestica (Ali et al., 2022).

Nella relazione tra infermieri e donne, è essenziale instaurare un equilibrio di potere condiviso; parte delle decisioni devono essere condivise con la donna, permettendole di agire in autonomia e di avere il controllo sulle scelte. L'empowerment, dal punto di vista della donna, si concentra sulla possibilità di prendere decisioni in autonomia (Bradbury-Jones et al., 2017).

Le donne desiderano avere la possibilità di progredire a proprio ritmo, senza sentirsi obbligate a rivelare dettagli sulla violenza, porre fine alla relazione violenta o denunciarne l'autore (Alotaby et al., 2013). Risulta essenziale rispettare la volontà della donna, poiché costringerla a rivelare potrebbe rappresentare una violazione dell'integrità individuale, equiparabile a una forma di abuso psicologico (Bradbury-Jones et al., 2014).

Nello studio effettuato da Heikel et al., raccomandano di essere coerenti con il linguaggio per facilitare la comunicazione e stabilire un rapporto di fiducia con la persona. Può essere utile usare frasi che inquadrino la situazione di violenza e facciano percepire alla donna che le domande poste rientrino nella pratica di routine e non in un intervento mirato all'indagine sulla violenza. L'esempio proposto dagli autori è una frase come "dato che la violenza domestica è così comune e può avere un impatto devastante sull'individuo, faccio queste domande a tutte le mie assistite". Un ulteriore consiglio proposto dagli stessi autori è di simulare il dialogo con i colleghi, esercitandosi a dire le frasi ad alta voce per aumentare il proprio comfort e la propria sicurezza nel sostenere la conversazione con la donna, incoraggiando i colleghi a fare lo stesso (Heikel et al., 2023).

Da due studi australiani, sono emerse alcune strategie che gli infermieri di area clinica per acuti utilizzano per instaurare il dialogo. Gli operatori hanno riferito di prediligere un colloquio aperto, non strutturato (Fisher et al., 2020). Diversi infermieri, ad esempio, indagano la violenza domestica facendo domande generiche, chiedendo alla donna come va a casa e se si senta al sicuro e supportata (Fisher et al., 2020; Withiel et al., 2022). Consigliano un approccio aperto, caratterizzato da un ascolto attivo, senza dare troppe informazioni e soprattutto senza fare promesse che vadano oltre i propri confini professionali (Withiel et al., 2022). Un ulteriore consiglio che emerge è relativo al modo di porre domande. È fondamentale porre domande con un tono che non risulti minaccioso o accusatore (Fisher et al., 2020).



Un'infermiera riferisce di utilizzare domande aperte, che facilitino il dialogo e permettano lo sviluppo di un rapporto, e soprattutto consentano alla donna di sentire di avere il controllo sulla propria situazione, di sentirsi a proprio agio nel momento in cui può scegliere se e quanto approfondire la descrizione della violenza che sta vivendo (Fisher et al., 2020; Withiel et al., 2022).

## AMBIENTE

Per meglio affrontare la fase di disvelamento della violenza, l'ambiente e gli elementi di contesto che fungono da teatro al disvelamento risultano essere fondamentali. La letteratura sottolinea il ruolo che gli operatori sanitari svolgono nella creazione di un ambiente favorevole e sicuro in cui il tema della violenza può essere discusso apertamente (Bradbury-Jones et al., 2014). Ci devono essere un tempo e un luogo sicuri per permettere la divulgazione di quanto accaduto (Bradbury-Jones et al., 2017).

Idealmente, è meglio utilizzare un ambiente privato, tranquillo, privo di interruzioni e sicuro quando si inizia una conversazione sulla violenza con un'assistita (Heikel et al., 2023). Non sempre questo è possibile e negli attuali ambienti di lavoro non sempre individuare uno spazio con queste caratteristiche è possibile in tutti i contesti (Heikel et al., 2023), anche se nella survey che ha coinvolto infermieri australiani e britannici è emerso che nella maggior parte dei contesti in cui svolgono la loro attività sono presenti spazi adeguati per affrontare l'argomento e sostenere le donne (Ali et al., 2022).

Qualora ambienti con queste caratteristiche non fossero presenti, è però possibile prevedere degli spazi e dei momenti in cui iniziare la conversazione con la donna, ad esempio quando l'abusante, se presente, è lontano dalla stanza o approfittare delle occasioni assistenziali in cui la donna è in un rapporto 1:1 con l'infermiere, come durante l'erogazione delle cure igieniche o l'assistenza nell'uso dei servizi igienici o durante i trasporti verso i servizi di radiologia e imaging diagnostico (Heikel et al., 2023; Withiel et al., 2022).

Affrontare la conversazione in questi momenti permette non solo di avere uno spazio privato, ma anche di "normalizzare" il tema, come se fosse una normale prassi assistenziale.

A seguito del disvelamento, è sicuramente necessario tutelare la donna, assicurandosi che sia collocata in un'area del reparto che sia sicura e su cui il personale possa operare una vigilanza continua, imponendo limiti alle visite e assicurandosi che tutti i visitatori incontrino il personale infermieristico prima di entrare nella stanza (Withiel et al., 2022).

La questione del "luogo sicuro" non è esclusiva delle donne ma anche del personale sanitario. Per gli infermieri la sicurezza in senso fisico è importante, seguendo pratiche che li tutelino anche dal punto di vista legale, ma c'è un elemento fondamentale da considerare, che è la sicurezza emotiva. Affrontare la questione della violenza è associato ad un importante lavoro emotivo. Se le conseguenze emotive di questo lavoro non vengono mitigate, il benessere e la capacità di un professionista di lavorare in modo efficace saranno influenzati. Prima di sostenere e garantire la sicurezza delle donne abusate, gli infermieri devono quindi mantenersi al sicuro emotivamente. La gestione del trauma vicario può avvenire attraverso una supervisione e un supporto fra pari (Bradbury-Jones et al., 2017).

Il tempo è un fattore che svolge un ruolo fondamentale. Lo sviluppo dell'autonomia da parte della donna nel superamento della situazione di violenza richiede tempo, oltre che abilità relazionali (Bradbury-Jones et al., 2017). Se è vero che gli operatori sanitari hanno la responsabilità di valutare il rischio di violenza, le donne hanno necessità di essere pronte e preparate al disvelamento (Taylor et al., 2013). Il momento per incoraggiare il disvelamento della violenza deve essere quello giusto, sia per l'operatore che per la donna. La consapevolezza forzata, intesa come esposizione della donna alla verità sulla violenza, equivale a uno "stupro psicologico" (Bradbury-Jones et al., 2014). La consapevolezza è infatti costituita dalla coscienza della presenza di una situazione abusiva, ma anche dal riconoscimento, inteso come denominazione della situazione come abusiva. La donna può quindi essere cosciente di essere vittima di violenza, ma non ancora pronta a definirla come tale (Bradbury-Jones et al., 2014). Inoltre, è importante lasciare alla donna il tempo adeguato per affrontare il processo di disvelamento: dalla letteratura emerge che le donne chiedono di poter progredire al loro ritmo, senza sentirsi sotto pressione per rivelare i contenuti della violenza, interrompere la relazione con l'abusante o esporre denuncia (Alotaby et al., 2013).

Nel lavoro quotidiano degli infermieri, il tempo diventa un elemento critico e cruciale, segnalato in molti documenti (Alhalal, 2020; Ali et al., 2022; Alotaby et al., 2013; Belay et al., 2022; Heikel et al., 2023; Poreddi et al., 2020; Withiel et al., 2022). In letteratura è segnalato come il personale infermieristico spesso riconosca di non avere abbastanza tempo per sostenere la donna, per esaminare la situazione e creare un rapporto con la stessa. Questo ha generato difficoltà di comunicazione (Heikel et al., 2023).

Ali et al., ad esempio, riferiscono che i partecipanti al loro studio erano concordi nel dire che il loro contesto lavora-

tivo non permetteva loro di avere un tempo adeguato da dedicare al fornire una risposta alle esigenze delle donne vittime di violenza domestica (Ali et al., 2022). Nel campione di Belay et al, questa mancanza di tempo per discutere della violenza era riferita da circa la metà degli infermieri coinvolti (Belay et al., 2022), mentre in Kuwait tempo e carico di lavoro sono stati segnalati come ostacoli addirittura dal 91,4% degli infermieri (Alotaby et al., 2013). In uno studio indiano, è emerso come la carenza di personale induca inevitabilmente una carenza di tempo da dedicare allo screening sulla violenza, percepito come un aumento del carico di lavoro (Poreddi et al., 2020). Al contrario, nello studio saudita, circa la metà degli infermieri riferisce di non essere d'accordo sul fatto che non c'è tempo a sufficienza per supportare le vittime di violenza da partner intimo o che siano troppo occupati per essere coinvolti in team multidisciplinari per affrontare il tema (Alhalal, 2020). Anche in Australia, quasi la metà degli infermieri di area clinica riferiva che una delle barriere nell'analisi della situazione di violenza fossero i limiti di tempo quando si interagisce con la persona (Withiel et al., 2022). Dedicare tempo per affrontare la questione della violenza, richiede un'interruzione di altre attività cliniche (Heikel et al., 2023). Un intervistato nello studio australiano ha infatti riportato: "Affrontare un argomento così emotivamente impegnativo richiede un elevato grado di compassione, pazienza e comprensione. Così il tempo è un fattore enorme: sarebbe inappropriato interrompere il colloquio con la donna su un argomento del genere, solo per doversi scusare e andare a rispondere a un campanello" (Withiel et al., 2022). Questo sottolinea ulteriormente come sia necessario individuare un tempo dedicato, privo di interruzioni o interferenze, per affrontare la tematica delicata della violenza; il "tempo giusto" non è quindi solo quello della donna ma anche quello dell'operatore, inserito nel contesto dell'organizzazione in cui opera (Heikel et al., 2023).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati della revisione della letteratura hanno rivelato una sfida significativa nell'ambito dell'assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza in cui il disvelamento avviene in aree di degenza.

Dai risultati emerge che le donne desiderano che gli operatori sanitari pongano domande sulla violenza (Alotaby et al., 2013; Baird, 2015; Bradbury-Jones et al., 2017; Downie et al., 2019; Taylor et al., 2013). Tale desiderio rappresenta un passo importante verso una maggiore consapevolezza e presa in carico di questa problematica. La forma in cui le domande vengono poste, gioca un ruolo cruciale nel determinare la rivelazione da parte della donna della situazione di violenza (Baird, 2015). Questo richiama l'attenzione sull'importanza dell'empatia e della comunicazione efficace da parte degli operatori sanitari. La violenza di genere è spesso avvolta da segreti e tabù e un approccio giudicante o minaccioso può indurre le vittime a restare in silenzio. Al contrario, domande poste con sensibilità e comprensione possono essere una via per abbattere queste barriere e incoraggiare le donne a condividere le proprie esperienze.

La normalizzazione delle domande sull'abuso come parte della routine dell'assistenza sanitaria è un altro aspetto importante (Fisher et al., 2020; Heikel et al., 2023; Withiel et al., 2022). Questo può contribuire a rimuovere il senso di vergogna o colpa che molte vittime di violenza possono provare. Quando le domande sull'abuso sono considerate una pratica normale, le donne sono più propense a rivelare la loro situazione, permettendo agli operatori sanitari di fornire il supporto necessario. È inoltre fondamentale porre attenzione al creare un ambiente empatico e di supporto all'interno del settore sanitario, in modo che le donne si sentano a loro agio nel rivelare situazioni di violenza.

L'intervento infermieristico scelto deve tenere conto del particolare momento in cui la donna si trova. Il disvelamento è parte di un processo di cambiamento di cui la donna deve essere protagonista. Nei casi in cui la donna si trova nella fase di precontemplazione, gli infermieri possono svolgere un ruolo nel facilitare l'acquisizione della consapevolezza riguardo all'abuso, fornendo informazioni sui possibili impatti sulla salute derivanti dalla violenza (Alhalal, 2020). Il riconoscimento del "momento giusto" nell'articolazione del processo di disvelamento deve tenere conto di una serie di condizioni, che vengono ben descritte in letteratura attraverso l'utilizzo dello schema AWARE (abused women, awareness, recognition and empowerment framework), che può supportare l'operatore nella scelta dell'intervento. Lo schema si basa sulla finestra di Johari e vede 4 possibili scenari: il quadrante 1, l'area aperta, indica la situazione in cui l'operatore sanitario e la donna riconoscono la natura e l'esistenza dell'abuso domestico; il quadrante 2, l'area chiusa, è la condizione in cui il professionista sanitario riconosce gli abusi domestici, ma la donna no; il quadrante 3, l'area nascosta, indica la situazione in cui la donna riconosce la natura e l'esistenza dell'abuso domestico, ma il professionista sanitario non ne è a conoscenza e il quadrante 4, l'area sconosciuta, vede la situazione in cui né la donna né l'operatore sono consapevoli della violenza (Bradbury-Jones et al., 2014). Secondo gli autori, diverse sono le modalità di intervento a seconda dell'area in cui ci troviamo: l'area chiusa (dove una donna non ha consapevolezza) ha il potenziale per essere ridotta attraverso le domande degli operatori sanitari sugli abusi e, analogamente, l'area nascosta (dove l'operatore sanitario manca di consapevolezza) può essere

ridotta attraverso la disponibilità della donna a rivelarsi. L'apertura che ne risulta crea un ambiente in cui una donna può avere la possibilità di riconoscere e identificare gli abusi domestici e quindi valutare le sue opportunità in termini di sicurezza e di provvedimenti da prendere (Bradbury-Jones et al., 2014).

Il ruolo degli infermieri nell'identificare e rispondere alla violenza è di fondamentale importanza, poiché spesso sono i primi operatori sanitari con cui le donne abusate entrano in contatto. (Poreddi et al., 2020) L'infermiere, oltre a rappresentare la figura professionale che frequentemente interagisce per prima con la donna, ha anche un dovere deontologico nell'attivarsi affinché ci sia un rapido intervento a tutela dell'interessata (come riportato nel Codice Deontologico all'articolo 23), e pertanto non può delegare ad altre figure socio-sanitarie la presa in carico della donna. Tuttavia, dai dati analizzati emerge una carenza di formazione tra gli infermieri, che li rende spesso impreparati a riconoscere adeguatamente e affrontare in modo efficace la violenza (Poreddi et al., 2020; Withiel et al., 2022).

L'infermiere delle aree di degenza risulta spesso meno formato dell'infermiere di Pronto Soccorso. La letteratura indica che la formazione erogata per un operatore che lavora in un contesto di Emergenza-Urgenza, potrebbe non essere adeguata per chi opera in contesto di degenza e, pertanto, la formazione dovrebbe essere adattata alle competenze specifiche del personale che assiste le donne nei reparti di degenza ordinaria (Withiel et al., 2022). Nel caso dei reparti di degenza, l'assenza di linee guida e l'impreparazione degli infermieri nell'affrontare casi di violenza, potrebbe essere attribuita, almeno in parte, alla minore probabilità di incontrare situazioni di violenza rispetto al Pronto Soccorso (Withiel et al., 2022). Dalla letteratura emerge che l'esperienza clinica è un fattore che facilita la presa in carico della vittima di violenza. Gli operatori di Pronto Soccorso hanno un'esperienza nel campo legata alla possibilità di incontrare più frequentemente donne in questa situazione. La mancanza di esperienza nella gestione delle donne vittime di violenza può quindi derivare dalla scarsa esposizione a questi casi. Questa situazione mette in luce l'importanza di affrontare la questione della formazione in modo completo, adattando le linee guida e i programmi di formazione alle esigenze specifiche dei contesti di degenza. In Italia, molto è stato fatto per la presa in carico delle donne vittime di violenza nei Pronto Soccorso e nei servizi di Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, ma il disvelamento che avviene in unità operative di degenza è ancora poco supportato dai protocolli. È fondamentale sensibilizzare il personale sanitario e garantire che gli infermieri in tutte le aree cliniche siano preparati a riconoscere e gestire la violenza, anche se le opportunità di incontro con casi di violenza sono meno frequenti. In questo modo, si può contribuire a migliorare la capacità di risposta a situazioni di violenza in tutto il settore sanitario.

Dalla letteratura emerge che in molti casi, anche se gli aspetti teorici relativi alla violenza sono noti al personale infermieristico, permane una difficoltà a tradurre nella pratica clinica il contenuto teorico (Bradbury-Jones et al., 2017; Poreddi et al., 2020). Questo induce a pensare che il problema non sia solo legato al "sapere", quanto piuttosto al "saper fare" e al "saper essere" nelle situazioni complesse e che pertanto non siano sufficienti le sole lezioni teoriche orientate alla definizione di cosa sia la violenza, a come essa si manifesti o a quali possano essere gli indicatori della stessa, ma la formazione dovrebbe concentrarsi sull'acquisizione delle competenze necessarie per gestire le situazioni di violenza in modo efficace e sul fornire gli strumenti che possano rafforzare la sicurezza dei professionisti nella propria capacità di affrontare la questione (Ali et al., 2022; Di Giacomo et al., 2017). A questo scopo, potrebbero essere utili, ad esempio, gli scenari di simulazione. Confrontarsi con uno scenario di disvelamento in simulazione, permette infatti di confrontarsi con le proprie emozioni, riflettere sulle stesse, rielaborare l'esperienza in un contesto protetto, per poi applicare l'agire in un setting reale (Baird et al., 2018).

Per affrontare adeguatamente la violenza sono stati proposti degli interventi formativi che prevedono un approccio che include lezioni informative, attività di gruppo per la discussione e la condivisione di esperienze, utilizzo di video per illustrare casi reali, role-playing per sviluppare empatia e comprensione, analisi di casi di studio per esaminare dinamiche specifiche, quiz per sfatare miti e atteggiamenti stereotipati (Baird et al., 2018).

Rispetto agli stereotipi, dalla letteratura è emerso che all'interno dei contesti clinici stereotipi e pregiudizi sono largamente diffusi. Questi preconcetti possono avere un impatto significativo sul comportamento e sulle azioni professionali degli infermieri, poiché questi tendono a percepire la violenza contro le donne come un problema relativo alla sfera sociale o familiare piuttosto che a quella clinica e che quindi la presa in carico in caso di violenza esuli dalla competenza infermieristica (Alhalal, 2020). Questo atteggiamento riflette il modello biomedico ancora predominante in sanità, che non considera la violenza di genere come un problema clinico, ma si concentra piuttosto sul trattamento della salute fisica delle donne, ignorando le ragioni primarie che hanno portato o potrebbero determinare un problema di salute (Alhalal, 2020). Negli ultimi anni ci si sta concentrando sempre di più su un modello di assistenza di tipo olistico, che prevede quindi non solo l'attenzione alle problematiche di salute fisica o biologica, ma anche gli aspetti psico-sociali. È dunque fondamentale prevedere un'assistenza alla donna

vittima di violenza orientata al modello bio-psico-sociale, abbandonando definitivamente la visione strettamente biomedica dell'assistenza.

La formazione dovrebbe includere anche l'aspetto dell'educazione al lavoro in team multidisciplinare. L'assistenza alle donne vittime di violenza prevede infatti la collaborazione fra più figure professionali, fra i quali medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali. Il lavoro di squadra non è solo un elemento di supporto per l'assistenza alle donne ma entra in gioco anche quando gli infermieri si trovano ad affrontare il trauma vicario. Dato che il carico emotivo derivante dalla gestione di vittime di violenza può essere gravoso, è importante che gli infermieri cerchino e possano trovare supporto professionale quando incontrano e prendono in carico donne vittime di violenza (Törnkvist et al., 2018). Il supporto professionale da parte di psicoterapeuti facilita la presa in carico e l'assistenza infermieristica per queste donne (Törnkvist et al., 2018). La condivisione di esperienze e la discussione aperta con altri membri del team possono contribuire a elaborare le emozioni legate al trauma vicario. Il lavoro multidisciplinare implica anche la gestione delle emozioni personali. Gli infermieri devono diventare consapevoli delle proprie reazioni emotive e di come queste possono influenzare la loro relazione con le vittime di violenza. La consapevolezza consente loro di rimanere neutrali e di accogliere le esperienze delle persone in modo empatico, evitando di far prevalere le proprie emozioni sulla necessità di fornire assistenza adeguata. Un ulteriore elemento può derivare dal supporto fra pari, fondato sulla comunicazione aperta riguardo all'assistenza alla donna vittima di violenza. Questo comporta la creazione di un ambiente di lavoro in cui ci si sente a proprio agio nell'affrontare la questione della violenza con i colleghi e nel farlo regolarmente. Questo tipo di supporto professionale comprende il reciproco sostegno tra colleghi e la possibilità di ricevere supervisione professionale, quando necessario (Törnkvist et al., 2018).

Un elemento che è emerso come cruciale nell'affrontare con la donna il disvelamento della violenza è legato al tempo a disposizione del professionista. Molti infermieri hanno indicato che il tempo spesso non sia sufficiente per instaurare una relazione con la donna, così profonda da aprire al disvelamento, in quanto le attività cliniche di routine sono predominanti. Tuttavia, è bene tenere in considerazione quanto riportato anche nel Codice Deontologico dell'Infermiere, al capo I, articolo 4: "Il tempo di cura è tempo di relazione" (Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, 2025). È dunque fondamentale riscoprire il tempo di relazione come tempo dedicato alla cura e alla presa in carico delle donne che, esposte a situazioni di violenza, risultano in particolari condizioni di fragilità.

Un ulteriore elemento critico emerso è la diffusione dei protocolli e delle politiche aziendali in merito all'assistenza alle donne vittime di violenza anche nelle aree esterne al Dipartimento di emergenza-urgenza (Alhalal, 2020; Fisher et al., 2020; Poreddi et al., 2020): è fondamentale quindi che i protocolli siano diffusi, conosciuti e adattati alle diverse realtà cliniche, per poter facilitare da parte dei professionisti una presa in carico efficace della donna prima, durante e dopo il disvelamento.

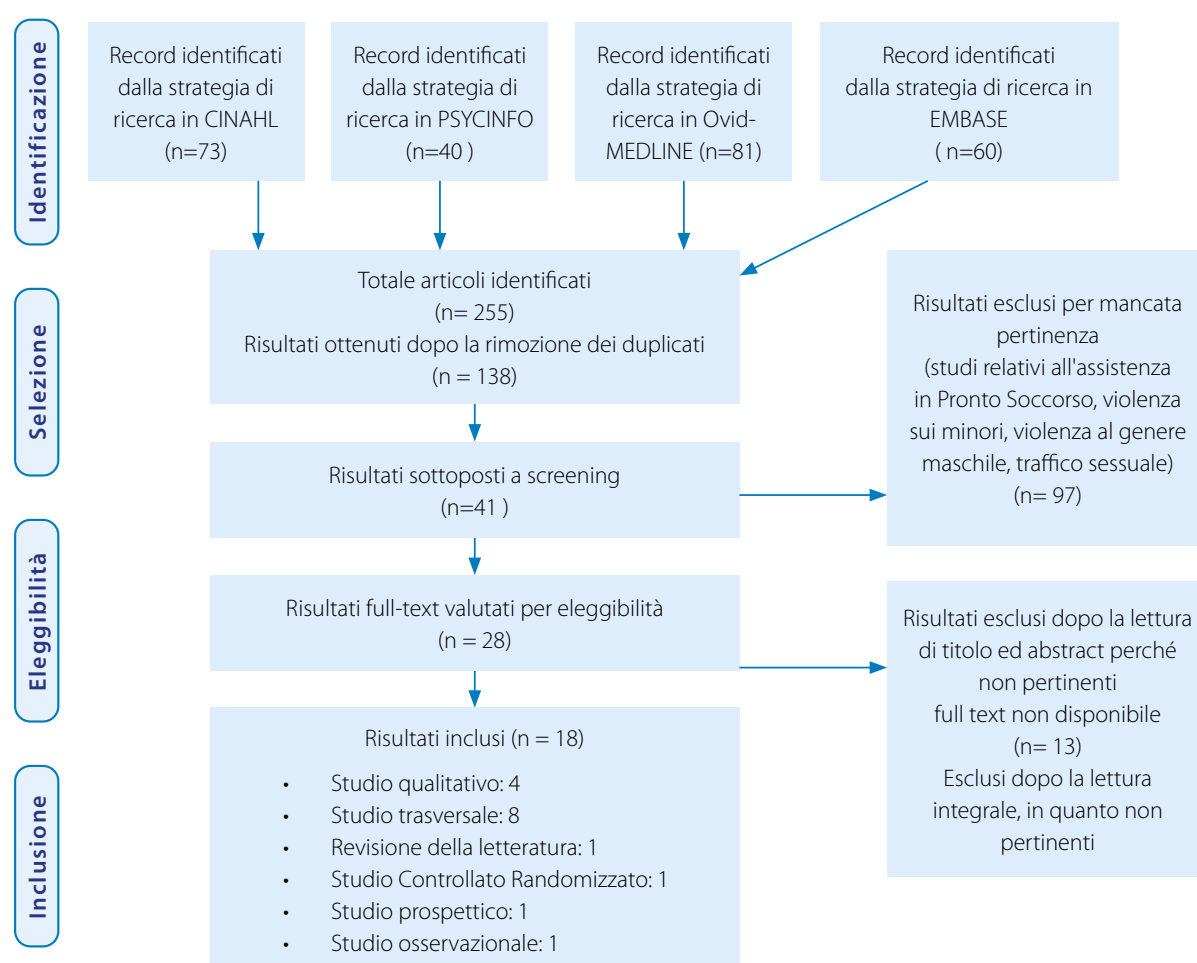
Al fine di affrontare la complessità assistenziale delle donne vittime di violenza in Inghilterra, è stata introdotta una figura infermieristica specializzata chiamata SANE (Sexual Assault Nurse Examiner), ovvero Infermiere Esaminatore dell'Aggressione Sessuale. Questi professionisti ricevono una formazione altamente specifica per gestire aspetti medici, legali e forensi legati alle vittime di violenza sessuale. Il loro ruolo implica la raccolta e la conservazione di prove forensi, l'interpretazione dei risultati delle analisi, la cura delle lesioni subite dalle vittime e l'applicazione di misure preventive contro gravidanze indesiderate o infezioni sessualmente trasmissibili (Murisasco et al., 1975). Questo approccio professionale è stato adottato per garantire una risposta completa alle vittime di aggressione sessuale, con un focus specifico sulla loro salute fisica, sull'assistenza legale e sulla possibilità di raccogliere prove forensi valide per scopi giuridici. I SANE svolgono un ruolo essenziale nel migliorare la qualità dell'assistenza fornita alle vittime di violenza sessuale, garantendo loro un trattamento professionale e rispettoso durante un periodo estremamente delicato delle loro vite (Murisasco et al., 1975). Sebbene la figura operi prevalentemente nei contesti di Emergenza-Urgenza, potrebbe essere sicuramente di supporto anche nei contesti di degenza, tramite un lavoro in rete, in quanto potrebbe essere allertata nel momento in cui si dovesse assistere a un disvelamento all'interno di un'area di degenza ordinaria, oppure potrebbe rappresentare un valido supporto nella diffusione di conoscenze e competenze attraverso interventi di formazione fra pari.

Nel complesso, sulla base delle evidenze emerse con la revisione della letteratura, risulta ancora molto complesso fornire indicazioni rispetto alla migliore modalità di approccio e di gestione del disvelamento da parte di una donna vittima di violenza nel contesto delle unità operative di degenza degli ospedali italiani. Difatti, un limite della revisione è relativo al fatto che gli studi inclusi non sono stati condotti in territorio italiano, sebbene siano provenienti da molte aree geografiche differenti con fattori socioculturali e sistemi sanitari diversi, pur presentando esiti simili e uniformi nei contenuti. Un secondo limite riguarda il contenuto della letteratura esaminata: molti

documenti sottolineano le sfide legate alla formazione e ad altri ostacoli o barriere al disvelamento in ambito clinico, ma solo pochi di essi forniscono indicazioni concrete sulle tecniche da adottare per migliorare la gestione delle vittime di violenza. L'assenza di procedure e di strumenti standardizzati specifici per la gestione e l'identificazione delle donne vittime di violenza in degenza, rende complesso definire un atteggiamento adeguato da parte degli operatori sanitari. Questa carenza pone l'accento sulla necessità di ulteriori studi che offrano dettagli pratici per affrontare questa problematica, valutando interventi specifici a supporto del disvelamento e, in un secondo momento, la formulazione di vademecum e consigli precisi per supportare il personale infermieristico che opera nei reparti di degenza, tenendo conto delle differenze nel contesto operativo rispetto all'area di Emergenza-Urgenza. Nel contesto delle applicazioni pratiche emergono alcune prospettive interessanti per affrontare le sfide connesse all'individuazione e al trattamento della violenza nel contesto sanitario. Un primo aspetto cruciale riguarda la diffusione più ampia dei protocolli con la messa in atto di strategie specifiche per migliorare la diffusione e l'implementazione dei protocolli, affrontando le sfide legate alla comunicazione interna. Gli interventi futuri dovrebbero essere incentrati sulla multidisciplinarietà come punto di forza e non come limite e ostacolo alla presa in carico. Infine, un'ulteriore applicazione pratica potrebbe essere rivolta all'introduzione di scenari di simulazione già durante il percorso di formazione di base per gli infermieri. Questo consentirebbe agli studenti, futuri professionisti, di sviluppare competenze relazionali essenziali, nella gestione dei casi di violenza, garantendo un'assistenza completa ed empatica.

Da questa revisione della letteratura è quindi emerso il ruolo importante dell'infermiere come catalizzatore del disvelamento della violenza: nonostante le sfide complesse che ci si trova ad affrontare nell'assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza, un approccio disponibile, orientato all'apertura e al dialogo, oltre che al riconoscimento e alla validazione delle emozioni proprie e della donna, risulta essere il più efficace per poter supportare il disvelamento ed il percorso di uscita dalla violenza.

**Figura 1. Flow-chart relativa al processo di selezione della letteratura**



**Antonella Meringolo**

Infermiera, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

**Gaia Randazzo**

Infermiera, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

**Paola Bellini**

Ingegnere, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

**Francesca Savioni**

Infermiera, Humanitas Research Hospital Rozzano, Milano

**Maria G. Panozzo**

Infermiera, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

**Nicola Orofino**

Dirigente medico, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

**Annalisa Citro**

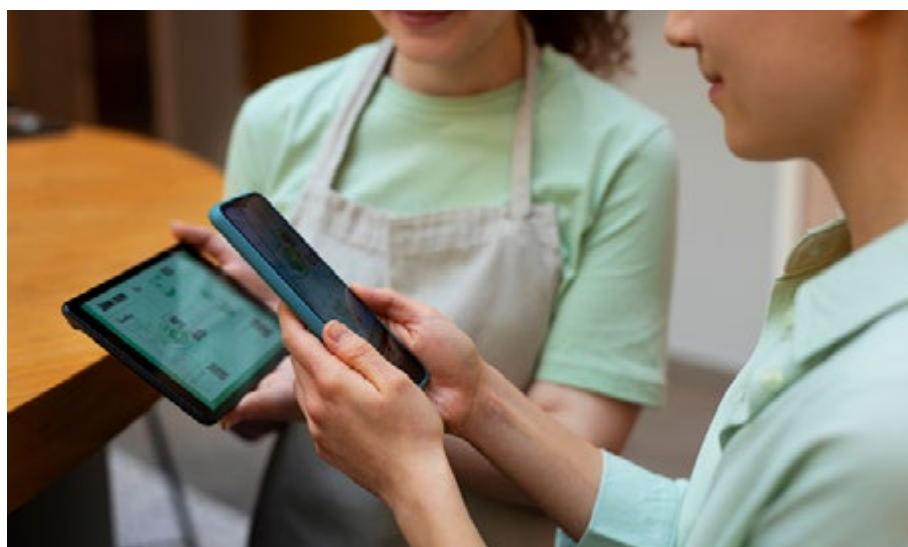
Dirigente medico, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

**Alessandro Corso**

Primario, Divisione di Ematologia, Ospedale di Legnano – Milano

# Soddisfare le esigenze clinico-assistenziali dei pazienti ematologici: un modello infermieristico innovativo

*Trying to fulfill haematological patient's needs: a new nurse-led model*

**ABSTRACT****Obiettivo**

Un sistema di supporto alla salute potrebbe migliorare l'assistenza al paziente, la percezione della malattia, la qualità della vita, il controllo dei sintomi, l'esperienza di cura e la soddisfazione nei servizi sanitari, consentendo un accesso tempestivo e appropriato alle strutture ospedaliere. Questo studio pilota, osservazionale e prospettico ha avuto l'obiettivo di valutare l'efficacia, l'accettazione e l'utilità, percepita dai pazienti, di un modello di supporto integrato, costituito da un telefono cellulare, un indirizzo e-mail e un'app, al fine di gestire i pazienti ematologici a domicilio, supportare i caregiver e aiutare i medici di medicina generale nella gestione dei pazienti oncoematologici.

**Metodi**

Al momento dell'arruolamento, case manager ed ematologo hanno spiegato ai pazienti, ai caregiver e ai medici di medicina generale, l'uso e le funzioni della piattaforma digitale. I dati sono stati raccolti tramite questionari somministrati a 3,6,9,12 mesi.

**Risultati**

Sono stati seguiti per un anno dall'arruolamento 110 pazienti ematologici. L'analisi dei questionari ha confermato la preferenza dei partecipanti all'interazione diretta con il case manager rispetto all'uso dell'app, esprimendo tuttavia l'apprezzamento degli utenti per i requisiti di qualità e la funzione. Al termine dello studio, il case-manager ha ricevuto 512 chiamate riguardanti: terapie; sintomi; problemi logistici.

**Conclusioni**

I nostri risultati definiscono il ruolo centrale dell'infermiere case-manager, suggerendo che un corretto counseling, il miglioramento della relazione paziente-professionista, i programmi educativi, il supporto motivazionale potrebbero ridurre il disagio del paziente e i suoi bisogni insoddisfatti, migliorando gli esiti assistenziali.

**Parole chiave**

Case manager; Pazienti ematologici; Sistema di supporto alla salute; Modello infermieristico; Qualità della vita.

**ABSTRACT****Objective**

An health supportive system could ameliorate overall patient's clinical care, improving disease insight, quality of life, symptoms control, care experience and satisfaction, allowing a timely and correct access to the Hospital facilities. This prospective observational pilot study aimed at evaluating the efficacy, acceptance, usability, satisfaction and quality outcomes of a health platform, consisting of a direct cellular line, e-mail address and apps, in order to manage home care hematological patients, supporting caregivers and helping general practitioners in the management of hematological diseases.

**Methods**

At the enrolment, case manager and hematologist explained to patients, caregivers and general practitioners, the use and functions of the digital platform. The feedback was collected through several questionnaires administered at fixed time points.

**Results**

110 patients were followed at our hematological unit for at least one year from enrolment. The analysis of questionnaires confirmed the propensity of participant towards a direct interaction with health personnel instead of using digital platform, although it was generally well appreciated by patients and caregivers for their functionality, usability and accessibility. At the end of the study, case manager received 512 calls regarding therapies, symptoms outbreak and logistic problems.

**Conclusions**

Our results confirm a central role of nurse case manager and that counselling, relationship, educational programs, motivational support could reduce patient distress and unmet needs, ameliorating a patient-centred treatment approach.

**Keywords**

Case manager; Hematological Patients; Health Supportive System; Nurse-led Model; Quality of Life.

**INTRODUZIONE**

Le malattie ematologiche e i loro trattamenti possono avere un impatto significativo sulla qualità di vita (QoL) dei pazienti e dei loro caregiver (Northouse, 2022), influenzando negativamente il benessere psicofisico e causando livelli elevati di ansia e disagio psicologico, che si traducono spesso in un incremento del numero di ricoveri ospedalieri impropri (Potrata, 2011). È ampiamente riconosciuto che la gestione di condizioni oncoematologiche non possa limitarsi agli aspetti clinici, ma debba comprendere anche una presa in carico globale della persona e del suo contesto familiare. Bonevski (2000) e Malmstrom (2016) evidenziano la necessità di estendere il supporto sanitario, promuovendo una valutazione sistematica delle difficoltà emotive e pratiche vissute da pazienti e caregiver, al fine di migliorare la gestione di una condizione clinica complessa e cronica. È noto, infatti, che alti livelli di stress psicologico siano associati a una maggiore dipendenza del paziente dal caregiver; vivere con la sensazione costante di una "bomba ad orologeria" genera una cronica mancanza di tempo per sé e un progressivo calo della fiducia nel sistema sanitario (Molassiotis, 2011). Per questo motivo, i pazienti oncoematologici e i loro familiari presentano un'alta prevalenza di stress emotivo che necessita di un supporto strutturato e continuativo (Hack, 2012). Il razionale alla base di questo studio risiede quindi nella consapevolezza che modelli assistenziali tradizionali, centrati prevalentemente sul trattamento ospedaliero, risultano spesso inadeguati nel rispondere ai bisogni complessi, dinamici e multidimensionali di questi pazienti. Le attuali evidenze scientifiche suggeriscono che l'integrazione tra cure domiciliari e strumenti digitali, accompagnata da una comunicazione empatica e competente, possa rappresentare una risposta efficace per garantire prossimità assistenziale, tempestività negli interventi e miglioramento della QoL. Gattellari (2001) ha sottolineato come le abilità comunicative degli operatori sanitari siano determinanti nel migliorare il benessere psicologico del paziente, l'aderenza terapeutica, il controllo del dolore e

la soddisfazione generale nei confronti del percorso di cura.

Un'evoluzione del modello assistenziale in senso integrato – che includa strumenti digitali, continuità assistenziale, attenzione ai bisogni emotivi, educazione terapeutica e un coinvolgimento attivo del caregiver e del medico di medicina generale – potrebbe dunque avere un impatto significativo sulla gestione complessiva del paziente ematologico, contribuendo a migliorare la percezione della malattia, la gestione dei sintomi, la qualità della vita, la soddisfazione verso il sistema salute e a ridurre l'inappropriatezza degli accessi in emergenza (Lopriore, 2017).

I principi di questo modello di cura sono: centralità della persona nel processo assistenziale, counselling, relazione di cura, advocacy, caring e condivisione degli obiettivi terapeutici.

### **Obiettivo dello studio**

Valutare, attraverso la somministrazione di questionari, l'efficacia, l'utilità percepita dal paziente e la qualità di un modello organizzativo integrato (tradizionale e digitale) per la gestione dei pazienti ematologici a domicilio, il sostegno ai loro caregiver e il supporto ai medici di medicina generale.

### **METODI**

Questo studio pilota osservazionale prospettico ha coinvolto pazienti con malattie ematologiche, i loro caregiver e medici di medicina generale. Sono stati inclusi nello studio pazienti affetti da mieloma multiplo, leucemia linfatica cronica, leucemia mieloide cronica e neoplasie mieloproliferative Philadelphia-negative, seguiti per almeno un anno, da maggio 2021 a maggio 2022.

Al momento dell'arruolamento, case manager ed ematologo hanno spiegato ai pazienti, ai caregiver e a un gruppo di medici, l'uso e le funzioni della piattaforma digitale, al fine di gestire al meglio le problematiche cliniche a domicilio. Il feedback su questo nuovo modello è stato raccolto attraverso diversi questionari somministrati a 3,6,9,12 mesi. Inoltre, i pazienti ricevevano diari per segnalare i loro problemi di salute nonché il modo utilizzato per risolverli. I diari sono stati raccolti durante la visita di ogni paziente.



### **Approvazione etica e consenso alla partecipazione**

Al momento dell'arruolamento tutti i partecipanti hanno firmato un consenso informato scritto.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico istituzionale dell'Ospedale Cà Granda Niguarda, Milano (Studio n°: 252-22042021) e ha aderito ai Principi della Dichiarazione di Helsinki e agli standard di Buona Pratica Clinica (GCP). Il Modello Organizzativo

#### **1) Formazione del Case Manager:**

- Acquisire conoscenze, abilità e competenze in campo di comunicazione digitale per sviluppare il diagramma di flusso ematologico e l'algoritmo dell'app;
- Gestione del triage telefonico;
- Acquisire competenze come counsellor e advocator.

#### **2) Apprendimento:**

- Eventi formativi per i medici di medicina generale e gli infermieri coinvolti nello studio, finalizzati a far conoscere le più recenti acquisizioni sia sulle malattie ematologiche che sugli approcci terapeutici.

#### **3) Sviluppo di procedure e strumenti per comunicare con tutti gli attori (pazienti, caregiver e medici):**

- L'attivazione di un call-center strutturato e specializzato attraverso il quale il case-manager potesse eseguire un vero e proprio triage ematologico cercando di soddisfare le esigenze del paziente. Questa linea di call-center è attiva tutti i giorni lavorativi, sia per i pazienti che per i medici di medicina generale;

- L'attivazione di un indirizzo e-mail dedicato per ricevere richieste o referti di esami di laboratorio eseguiti fuori dall'Ospedale da pazienti sottoposti a trattamenti orali o in fase di follow-up;
- Lo sviluppo di una piattaforma digitale denominata "AD CURAM" composta da tre diverse app: una per il paziente e il caregiver, una per il medico di medicina generale e una per il case-manager. Le FAQ dell'app offrivano risposte alle principali problematiche ematologiche con contenuti informativi diversificati e declinati in funzione dell'utenza (paziente/caregiver, medico di medicina generale, case manager).

Gli obiettivi della piattaforma erano: migliorare l'empowerment dei pazienti; fornire informazioni sulla gestione delle problematiche ematologiche; sostenere i pazienti con la consulenza; incoraggiare e coinvolgere famiglie e pazienti nel processo decisionale terapeutico; condividere con il paziente gli obiettivi e i risultati di salute.

Al momento dell'arruolamento e dopo 3, 6, 9, 12 mesi, ai pazienti, ai caregiver e ai medici di medicina generale è stato chiesto di compilare diversi questionari: questionario sui dati personali (per pazienti e caregiver, compilato solo al momento dell'arruolamento); SUS (System Usability Scale); TAM (Technology Assessment Model); EQ-5D-5L (questionario a cinque livelli EuroQol a cinque livelli); WPAI:GH (Work productivity and activity impairment: General Health Questionnaire).

SUS e TAM hanno valutato l'esperienza dell'utente (paziente, caregiver e medico di medicina generale) e il grado di accettazione degli strumenti digitali. EQ-5D-5L e la WPAI-GH sono state introdotte per verificare se questo nuovo modello di salute potesse migliorare la qualità della vita del paziente.

### Analisi statistica

I dati sono stati analizzati utilizzando proporzioni, media e intervallo, in base al tipo di variabile. Il confronto è stato valutato mediante i test di Fisher's exact, Chi-square, Wilcoxon-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, a seconda del tipo di variabile.

### RISULTATI

Da maggio 2021 a fine settembre 2021 sono stati arruolati 110 pazienti che sono stati seguiti fino a maggio 2022. Le caratteristiche di base sono riportate in tabella 1. L'età media era di 71 anni (46-89 anni), la maggior parte erano maschi, pensionati, con un buon livello di istruzione (45% licenza media), che vive vicino l'ospedale. La durata mediana del follow-up ematologico è stata di 5 anni (2-8 anni), mentre il 97,3% dei pazienti aveva un caregiver. La tabella 2 riporta la distribuzione delle patologie e dimostra che circa la metà dei pazienti era affetta da mieloma multiplo.

Come mostrato nella tabella 1, la maggior parte dei caregiver erano donne: il 37,4% mogli e il 47,6% figlie. L'età media era di 55 anni (intervallo 37-82 anni) e un terzo erano pensionate e laureate.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale, 52 di quelli coinvolti hanno accettato di partecipare allo studio, 25 hanno rifiutato la richiesta e 33 non hanno risposto al nostro contatto.

In totale, il case-manager in un anno ha ricevuto 512 chiamate: il 36% da parte dei pazienti; 50% da caregiver, 10% sia paziente che caregiver; 4% dai medici di medicina generale. I motivi della chiamata sono riportati nella Tabella 3. Tutti i pazienti hanno consultato l'app e utilizzato la piattaforma digitale almeno una volta con o senza il loro caregiver. Non sono state osservate differenze tra gli utenti in termini di fascia d'età, sesso e livello di istruzione.

Tra i caregiver che hanno consultato l'app, i maggiori utenti erano le donne non pensionate. Per quanto riguarda l'utilizzo dello strumento digitale da parte dei medici di medicina generale, i risultati non possono essere valutati perché il campione di utenti era troppo ristretto.

### SUS (System Usability Scale)

SUS è stato adottato per valutare l'usabilità dell'app ed è stato somministrato a 3, 6, 9, 12 mesi. In generale, i pazienti hanno riconosciuto che il software era facile da usare, ben strutturato ed integrato. Tuttavia, il punteggio medio SUS della popolazione complessiva dello studio era 62 (SD 12,37) indicando un uso raro dello strumento digitale. I punteggi medi SUS non sono cambiati nel tempo e non sono state notate differenze per età, sesso, presenza di caregiver.

### TAM (Technology Assessment Model)

I risultati delle analisi dei questionari TAM sono stati in linea con il precedente.

### Stato di salute del paziente EQ-5D-5LQ (EuroQol 5Level 5 Dimension)

La scala EQ-5D-5L è stata utilizzata per valutare la QoL correlata alla salute dei partecipanti al basale e durante il periodo di studio in punti temporali fissi. La Tabella 4 riporta la distribuzione delle risposte dimensionali EQ-5D-5L al basale e all'ultimo follow-up, senza mostrare cambiamenti statisticamente significativi di ciascun elemento nel tempo. Il punteggio VAS medio al basale era 0,67 (SD 0,19) e non è cambiato al follow-up a 12 mesi (media 0,69, SD 0,18, p ns).

### DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Questo studio pilota osservazionale prospettico mirava a valutare l'efficacia di un nuovo modello (che combina lo strumento di salute digitale e il supporto tradizionale) al fine di gestire i pazienti con neoplasie ematologiche nella vita quotidiana.

Diversi studi sui pazienti ematologici e sui loro caregiver hanno dimostrato la migliore efficacia dei modelli di assistenza telefonica gestiti da infermieri sulla qualità della vita del paziente rispetto alle cure convenzionali, indicando che l'uso proattivo del telefono a gestione infermieristica, migliora la soddisfazione del paziente offrendo informazioni, consulenza e supporto telematico. (Boulefour, 2021)

Recentemente, Efficace et al. (2023) hanno valutato l'uso e l'utilizzo di uno strumento di salute per il monitoraggio digitale "ePRO" (Electronic Patient-Reported Outcomes) dei pazienti con neoplasie ematologiche dimostrando una buona accettazione della piattaforma digitale, sebbene una grande percentuale di pazienti non fosse né d'accordo né in disaccordo che la piattaforma digitale aiutasse a migliorare la comunicazione con il proprio ematologo (Northouse, 2012). D'altra parte, uno studio randomizzato ha valutato il ruolo di un intervento settimanale pianificato di monitoraggio telefonico dell'infermiere per prevenire e trattare gli eventi avversi correlati alla chemioterapia e all'immunoterapia nei pazienti sottoposti a terapia adiuvante per carcinoma mammario o polmonare (Potrata, 2011). In questo studio gli autori hanno dimostrato che l'aggiunta di un intervento di monitoraggio proattivo da parte dell'infermiere aiuta a ridurre le tossicità gravi, in particolare quelle meno frequentemente segnalate all'oncologo, e riduce il manifestarsi di eventi avversi di basso grado.

Il nostro studio dimostra che i pazienti e i loro caregiver accettano gli strumenti di salute digitale, riconoscendone le funzioni e l'utilità, tuttavia, preferiscono il contatto telefonico con il case manager la cui consulenza e il supporto decisionale riduce l'ansia e migliora la percezione di sicurezza e soddisfazione nei confronti del sistema sanitario. Questo risultato è dimostrato dall'analisi dei dati dei questionari SUS e TAM e dall'elevato numero di chiamate ricevute in un anno dal case manager.

Per questi motivi, lo studio suggerisce che il case manager diventa la figura di riferimento per i pazienti e i caregiver, rafforzando i dati esistenti in letteratura sull'importanza di implementare modelli che promuovono l'empowerment dei pazienti tramite il costante monitoraggio infermieristico e, confermando che un modello di supporto così integrato potrebbe essere utile nella gestione quotidiana dei pazienti (Tamayo, 2010).

Inoltre, i dati provenienti dall'analisi del questionario EQ-5D-5L, mostrano che la QoL dei pazienti non è peggiorata nel corso dello studio, dimostrando in alcuni casi una riduzione dell'ansia e del disagio legato alla malattia, avendo i pazienti garanzia di uno strumento che semplifica l'interazione con il professionista.

### Limiti dello studio

Non abbiamo risultati circa l'opinione dei medici di medicina generale nei confronti del modello a conduzione infermieristica. Abbiamo ipotizzato che il case manager potesse rappresentare un anello di congiunzione tra paziente/caregiver, medico di medicina generale ed ematologo, ma questo obiettivo richiede grandi sforzi, tra quali il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella gestione condivisa dei pazienti ematologici.

### Implicazioni cliniche.

Il nostro studio ha dimostrato che il case manager, se correttamente formato, è in grado di gestire la maggior parte delle richieste dei pazienti ematologici e dei caregiver, aumentando la loro soddisfazione e riducendo accessi ospedalieri impropri. Inoltre, l'infermiere può migliorare la gestione del paziente unendo le competenze tecniche ad un approccio olistico offrendo in questo modo risposta anche ai bisogni psicoemotivi che sono parte integrante del disagio manifestato dai pazienti ematologici.

**Tabella 1. Caratteristiche cliniche dei pazienti e dei caregiver**

|                                                  | Pazienti (n=110)                | Caregiver (n=107)                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Età in anni, mediana (intervallo)</b>         | 71 (46-89)                      | 54 (26-86)                        |
| <b>Sesso, n (%) m/f</b>                          | 65(59%)/45(41%)                 | 42(39.3%)/65(60.7%)               |
| <b>Stato civile, n(%)</b>                        |                                 |                                   |
| Single                                           | 5(4.5%)                         | 22(20.5%)                         |
| Sposato                                          | 74(67.3%)                       | 81(75.7%)                         |
| Divorziati/Separati                              | 6(5.4%)                         | 4(3.7%)                           |
| Vedovo                                           | 25(22.7%)                       | 0(0%)                             |
| Numero di figli, n (%) 0/1/2/3                   | 11(10%)/34(31%)/44(40%)/21(19%) | 26(24%)/31(29%)/35(33%)/15(14%)   |
| <b>Qualifica, n (%)</b>                          |                                 |                                   |
| Diploma di scuola primaria                       | 26(23.6%)                       | 5(4.6%)                           |
| Diploma di scuola media                          | 26(23.6%)                       | 5(4.6%)                           |
| Diploma di scuola superiore                      | 26(23.6%)                       | 5(4.6%)                           |
| Laurea                                           | 26(23.6%)                       | 5(4.6%)                           |
| <b>Occupazione, n (%)</b>                        |                                 |                                   |
| Casalinga                                        |                                 |                                   |
| Disoccupato                                      |                                 |                                   |
| <b>Occupazione, n (%)</b>                        |                                 |                                   |
| Casalinga                                        | 1(1%)                           | 12(11.2%)                         |
| Disoccupato                                      | 5(4.5%)                         | 6(5.6%)                           |
| Impiegato                                        | 17(15.4%)                       | 16(15%)                           |
| Libero professionista /                          | 1(1%)                           | 7(6.5%)                           |
| Imprenditore                                     | 6(5.4%)                         | 15(14%)                           |
| Operaio                                          | 76(69%)                         | 34(31.7%)                         |
| Pensionato                                       | 4(3.6%)                         | 17(16%)                           |
| Altro                                            |                                 |                                   |
| <b>Grado di parentela con il paziente, n (%)</b> |                                 |                                   |
| Coniuge/figli/genitore/altro                     |                                 | 40(37.4%)/51(47.6%)/2(2%)/14(13%) |
| <b>Distanza casa-ospedale, n (%)</b>             |                                 |                                   |
| <10 Km                                           | 74(67.3%)                       | -                                 |
| 10-100 Km                                        | 29(26.4%)                       | -                                 |
| >100 Km                                          | 7(6.3%)                         | -                                 |
| <b>Durata della malattia, n (%)</b>              |                                 |                                   |
| ≤1/>1 anno                                       | 12(11%)/98(89%)                 | -                                 |

**Tabella 2: Distribuzione della malattia**

| Malattie ematologiche | n (%)   |
|-----------------------|---------|
| LLC                   | 14 (13) |
| LMC                   | 18 (16) |
| MM                    | 48 (44) |
| MPN                   | 30 (27) |

Abbreviazioni: **LLC**, leucemia linfatica cronica; **LMC**, Leucemia mieloide cronica; **MM**, mieloma multiplo; **MPN**, neoplasie mieloproliferative Ph<sup>-</sup>-negative.

**Tabella 3: Motivi delle telefonate**

| Domande                                                               | n (%)    |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Nuovi sintomi emergenti correlati alla terapia o alla malattia</b> | 177 (35) |
| <b>Sintomi correlati alla terapia</b>                                 | 30 (27)  |
| <b>Problemi logistici</b>                                             | 196 (38) |
| <b>Dubbi sulle terapie orali</b>                                      | 79 (15)  |

Tabella 4. Distribuzione delle risposte dimensionali EQ-5D-5L al basale e al follow-up a 12 mesi

| DIMENSIONE                                | LINEA DI BASE N | BASALE % | 12 M | 12 Mi % | Valore P |
|-------------------------------------------|-----------------|----------|------|---------|----------|
| <b>MOBILITÀ</b>                           |                 |          |      |         |          |
| Nessun problema                           | 54              | 49       |      | 53      | NS       |
| Lieve problema                            | 23              | 21       | 52   | 25      |          |
| Problemi moderati                         | 29              | 26       | 24   | 12      |          |
| Problemi gravi                            | 4               | 4        | 11   | 7       |          |
| Incapace di camminare                     | 0               | 0        | 6    | 3       |          |
| <b>CURA DI SÉ</b>                         |                 |          |      |         |          |
| Nessun problema                           | 94              | 85       |      | 75      | NS       |
| Lieve problema                            | 11              | 10       | 71   | 13      |          |
| Problemi moderati                         | 3               | 3        | 12   | 9       |          |
| Problemi gravi                            | 2               | 2        | 9    | 2       |          |
| Impossibile lavarsi o vestirsi            | 0               | 0        | 2    | 1       |          |
| <b>ATTIVITÀ ABITUALI</b>                  |                 |          |      |         |          |
| Nessun problema                           | 63              | 57       |      | 59      | NS       |
| Lieve problema                            | 21              | 19       | 56   | 25      |          |
| Problemi moderati                         | 23              | 21       | 24   | 8       |          |
| Problemi gravi                            | 2               | 2        | 7    | 7       |          |
| Incapace di svolgere le attività abituali | 1               | 1        | 7    | 1       |          |
| <b>DOLORE/DISAGIO</b>                     |                 |          |      |         |          |
| Nessun dolore/disagio                     | 42              | 38       | 45   | 47      | NS       |
| Leggero dolore/fastidio                   | 42              | 38       | 28   | 30      |          |
| Dolore/disagio moderato                   | 20              | 18       | 17   | 18      |          |
| Forte dolore/disagio                      | 6               | 6        | 5    | 5       |          |
| Dolore/disagio estremo                    | 0               | 0        | 0    | 0       |          |
| <b>ANSIA/DEPRESSIONE</b>                  |                 |          |      |         |          |
| Non ansioso/depresso                      | 47              | 43       | 46   | 49      | NS       |
| Leggermente                               | 33              | 30       | 27   | 29      |          |
| ansioso/depresso                          | 26              | 24       | 18   | 19      |          |
| Moderatamente ansioso/depresso            | 3               | 2        | 2    | 2       |          |
| Gravemente ansioso/depresso               | 3               | 2        | 2    | 2       |          |
| Estremamente ansioso/depresso             | 1               | 1        | 1    | 1       |          |

**Federica Buzzi**

RN, Commissione Pediatria  
2024, Ordine delle Professioni  
Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi,  
Monza e Brianza

**Patrizia Bertani**

RN, Commissione Pediatria  
2024, Ordine delle Professioni  
Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi,  
Monza e Brianza

**Daniela Zimmermann**

MsN, Pres. Commissione d'Albo  
Infermieri Pediatrici, Ordine delle  
Professioni Infermieristiche (OPI) di  
Milano, Lodi, Monza e Brianza

# Salute e scuola: infermieri a scuola, un progetto pilota dell'ordine delle professioni infermieristiche

*Health and school: nurses in schools, a pilot project by OPI*

**ABSTRACT****Introduzione**

Negli ultimi anni, si è osservato un crescente interesse verso l'importanza della salute e del benessere nelle diverse fasi di crescita e sviluppo del bambino/adolescente. In questo scenario, il ruolo delle professioni infermieristiche nella comunità scolastica emerge come un elemento cruciale all'interno di un sistema di rete tra istruzione/educazione e salute. Il contributo infermieristico nella scuola è anello di intersezione tra famiglia, servizi del sistema sanitario e percorso di istruzione/formazione, agendo da facilitatore per la promozione della salute e alla rilevazione e

gestione dei bisogni di salute degli studenti. Recentemente, diversi progetti pilota sull'educazione sanitaria e sulla promozione della salute nelle scuole sono stati realizzati da infermieri pediatrici e infermieri esperti in ambito pediatrico su scala nazionale ed attenzionati anche da autorevoli società scientifiche<sup>1</sup>. La Commissione d'Albo degli Infermieri Pediatrici dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza ha deciso di avviare un nuovo progetto pilota "Gli infermieri a scuola".

**Metodi**

Il progetto pilota è stato condotto presso una scuola primaria nel territorio milanese, rivolto alle classi 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup>. Il campione ha coinvolto 43 bambini, 4 insegnanti e 6 infermieri in qualità di formatori. Il programma formativo è stato strutturato in 5 incontri della durata di 4 ore ciascuno (2 ore per ogni classe), con argomenti incentrati sulla promozione della salute e sull'educazione. Le lezioni si sono svolte dal 17 gennaio 2024 al 10 aprile 2024.



<sup>1</sup> Fondazione Gimbe – 2025 La salute tiene banco - Società Italia Pediatria - SIP -2025 [https://sip.it/2025/01/24/riforma-scuola-  
educazione-sanitaria-indispensabile-per-contrastare-londata-di-malattie-croniche/](https://sip.it/2025/01/24/riforma-scuola-educazione-sanitaria-indispensabile-per-contrastare-londata-di-malattie-croniche/)

## Risultati

I questionari di apprendimento, somministrati ai bambini nell'ultimo incontro, validi per l'analisi statistica sono stati 41 (di 43) per gli alunni e 3 (di 4) per gli insegnanti.

L'analisi dei questionari di apprendimento, ha evidenziato una comprensione sostanziale degli argomenti trattati, con una mediana di 10 (1). Il punteggio maggiore è stato di 11 risposte corrette mentre, quello minore è stato di 7. Inoltre, è stata condotta un'indagine sul feedback degli alunni riguardo all'esperienza, la maggior parte hanno espresso un interesse e soddisfazione elevati. Parallelamente, è stato somministrato un questionario di gradimento del progetto agli insegnanti, dal quale emerge una soddisfazione significativa sia per i contenuti trattati che per i metodi didattici adottati.

## Conclusioni

La valutazione generale del progetto è stata molto positiva, con un grande interesse da parte degli alunni e degli insegnanti. Le lezioni hanno ampliato le conoscenze dei bambini e migliorato la percezione dell'immagine della professione infermieristica. Si ritiene che il progetto sia replicabile in altre scuole e possa contribuire a consolidare il ruolo degli infermieri nella scuola.

## Parole chiave

Infermiere scolastico, educazione sanitaria, promozione della salute.



## ABSTRACT

### Introduction

In recent years, there has been a growing interest in the importance of health and well-being in the various stages of child/adolescent growth and development. In this scenario, the role of nursing professions within the school community emerges as a crucial element within a network system connecting education and health. Nursing contribution in schools serves as an intersection between family, healthcare services, and educational pathways, acting as a facilitator for health promotion and the identification and management of students' health needs. Recently, several pilot projects on health education and health promotion in schools have been carried out by pediatric nurses and nurses specialized in pediatrics on a national scale. The Commission of the Board of Pediatric Nurses of the Order of Nursing Professions (OPI) of Milan, Lodi, Monza, and Brianza are launching a new pilot project titled "Nurses in Schools."

### Methods

The pilot project was conducted at a primary school in the Milan area, targeting 4th and 5th-grade classes. The sample involved 43 children, 4 teachers, and 6 nurses as trainers. The training program was structured into 5 sessions, each lasting 4 hours (2 hours for each class), focusing on health promotion and education topics. The lessons took place from January 17, 2024, to April 10, 2024.

### Results

Learning questionnaires, administered to the children in the final session and valid for statistical analysis, were completed by 41 (out of 43) students and 3 (out of 4) teachers. The analysis of the learning questionnaires revealed a substantial understanding of the topics covered, with a median of 10 (1). The highest score was 11 correct answers, while the lowest was 7. Additionally, a survey was conducted on student feedback regarding the experience, with the majority expressing high interest and satisfaction. Parallely, a project satisfaction questionnaire was administered to the teachers, indicating significant satisfaction with both the content and teaching methods employed.

### Conclusions

The overall evaluation of the project was very positive, with great interest from both students and teachers. The lessons expanded the children's knowledge and improved their perception of the image of the nursing profession. It is believed that the project is replicable in other schools and can contribute to strengthening the role of nurses in schools.

**Keywords** School nurse, health education, health promotion.

## INTRODUZIONE

Nel febbraio 2017 il Consiglio di Amministrazione della National Association of School Nurses (NASN) ha adottato la seguente definizione: "L'infermiere scolastico prevede una pratica di infermieristica avanzata, protegge e promuove la salute degli studenti, facilita lo sviluppo ottimale e promuove il successo accademico. Gli infermieri scolastici, fondano il loro agire su di una pratica etica e basata sull'evidenza, collegano l'assistenza sanitaria e l'istruzione, forniscono il coordinamento dell'assistenza, sostengono un'assistenza di qualità centrata sullo studente e collaborano per progettare sistemi che consentano agli individui e alle comunità di sviluppare il loro pieno potenziale".

Le professioni infermieristiche nella scuola sono state tradizionalmente concepite per favorire e supportare il rendimento e promuovere la frequenza scolastica degli studenti. La prima testimonianza di questa attività risale all'operato dell'americana Lina Rogers che a partire dal 1° ottobre 1902, ebbe l'incarico di ridurre i tassi di assenteismo intervenendo sui bisogni sanitari di studenti e famiglie legati alla diffusione delle malattie trasmissibili nelle scuole di New York. Il successo del suo lavoro portò in un anno alla riduzione dell'assenteismo per ragioni sanitarie del 99%. Da quel momento, gli infermieri scolastici hanno continuato a svilupparsi intervenendo non solo nell'area delle malattie trasmissibili, ma ampliando il proprio operato con attività di sorveglianza, gestione delle malattie croniche e delle emergenze, valutazione delle abitudini comportamentali e interventi di educazione sanitaria (Council on School Health, 2016; Drake et al., 2015; Searing & Guenette, 2016).

Negli ultimi anni sono state molte le sollecitazioni nel cercare di inserire e valorizzare la figura dell'infermiere all'interno delle scuole. L'infermiere scolastico dovrebbe avere un ruolo più ampio di educatore alla salute e alle buone pratiche (Ginsburg et al., 2021).

La figura dell'infermiere scolastico si delinea per l'ambito della comunità scolastica e contribuisce alla tutela della salute dei bambini e alla vigilanza sull'igiene, promuove la salute degli studenti e garantisce l'inclusione dei soggetti portatori di patologie croniche (Davis & Lynch, 2018).

La National Association of School Nurses (NASN, 2022), in sintonia con l'American Academy of Pediatrics (FNOPI, 2020) identifica gli ambiti d'intervento di questa figura professionale all'interno delle scuole: fornisce assistenza diretta, identifica i problemi di salute, sviluppa piani di assistenza, svolge attività di screening, provvede alla sicurezza ambientale della comunità scolastica, eroga interventi di educazione sanitaria, funge da figura di collegamento tra alunni, personale docente e non, la famiglia ed i restanti operatori sanitari coinvolti (Nisted et al., 2019). Una recente revisione sistematica supporta come l'offerta di assistenza infermieristica scolastica abbia un impatto sempre positivo sulla salute degli studenti (Pawils et al., 2023). In Europa e nel mondo l'infermiere scolastico rappresenta sempre di più la figura di leadership ritenuta indispensabile all'interno dell'assistenza sanitaria scolastica (Hoekstra et al., 2016).

Come dichiarato dalla dott.ssa Barbara Mangiacavalli, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI): "Tutta la comunità infermieristica, come sempre, vuole mettersi a disposizione del Paese per la garanzia di due diritti importantissimi: quelli all'Istruzione e alla Salute. Vogliamo essere al fianco degli studenti e delle loro famiglie, ai docenti e più in generale alle scuole. Possiamo e vogliamo dare il nostro contributo per garantire una riapertura delle scuole nel massimo della sicurezza per la salute dei ragazzi. E il nostro contributo alla scuola vuole andare anche oltre l'emergenza Covid. Ci sono infatti tutte quelle condizioni di fragilità nei confronti delle quali la nostra professione può certamente offrire risposte concrete" (<https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermiere-scolastico-3/>, comunicazione personale, s.d.).



## LA NORMATIVA E ALCUNE ESPERIENZE ITALIANE

Nell'ultimo quinquennio, la legislazione italiana ha recepito e generato alcune norme che evidenziano spiccata

attenzione sul tema dell'innegabile correlazione tra scuola e determinanti di Salute. Già nell'Accordo Stato Regioni del 17 gennaio 2019 ("Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute"), si evidenzia la necessità di un "approccio globale o sistemico", come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'anno successivo, il Decreto legge 17 luglio 2020 n. 77 ("Decreto Rilancio"), riconosce e formalizza la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità e infine, ulteriore aspetto da considerare, è quanto evidenziato nel nuovo PNP 2020-2025 (Piano Nazionale delle Prevenzione 2020-2025, 2020) che identifica nella scuola uno tra i setting principali dove favorire la promozione della salute come proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico, attivando il programma "Scuole che promuovono Salute".

L'infermiere nella scuola si configura ruolo chiave, di collegamento tra assistenza sanitaria ed istruzione/educazione (Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico (GU Serie Generale n.72 del 27-03-1997), s.d.; Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022), s.d.).

Negli anni recenti, sono stati realizzati alcuni progetti pilota sull'educazione sanitaria e promozione alla salute nelle scuole da parte di infermieri pediatrici e infermieri esperti in ambito pediatrico sul territorio nazionale (es. Il Villaggio scolastico Cecioni di Livorno; La scuola promotrice di salute a Ravenna, ASP Catanzaro, ecc.), contributi lungimiranti e ambiziosi, alle volte occasionali, frutto di partnership locali virtuose. In Regione Lombardia sono state documentate due esperienze significative di infermieristica nella comunità scolastica: nel 2020 nella provincia di Pavia e nel 2022 nella provincia di Brescia. Esperienze ben strutturate e spinte da motivazioni diverse: la prima nata dalle esigenze di sorveglianza comunitaria imposta dall'epidemia di Sars-Cov2 e la seconda con l'obiettivo di [...] *far conoscere, anche al di fuori dei comuni contesti della realtà assistenziale, la figura del professionista sanitario Infermiere Pediatrico/Infermiere, valorizzarne la professionalità e le competenze, far emergere il potenziale ruolo nella progettazione ed attuazione di percorsi di prevenzione, informazione ed educazione alla salute e agli stili di vita sani.*

In questo scenario di continua evoluzione dei bisogni di salute, agevolato dal panorama normativo e dalle variabili di sviluppo sui percorsi formativi delle professioni infermieristiche ormai prossime alla determinazione (Lauree Magistrali in Scienze Infermieristiche ad indirizzo clinico e specialistico), origina la decisione della Commissione d'Albo degli Infermieri Pediatrici dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza di avviare un nuovo progetto pilota "Gli infermieri a scuola".



## 2024 GLI INFERMIERI A SCUOLA

Il rationale di questa esperienza nasce dalla volontà di sensibilizzare i bambini e le loro famiglie alla presenza delle professioni infermieristiche nel percorso di crescita anche in contesti di benessere e formazione, al fine di promuovere un'immagine sociale delle professioni infermieristiche come valore aggiunto per la salvaguardia della salute per la cittadinanza. Inoltre l'iniziativa costituiva opportunità concreta per dare ulteriore evidenza a studenti, famiglie e insegnanti delle competenze infermieristiche rispetto ai nuovi bisogni di salute e di conoscenza, dei bambini, nel contesto scuola.

Il progetto include 6 incontri di educazione alla salute e promozione di sani stili di vita.

Il programma del progetto è stato sottoposto a 10 scuole private convenzionate nel territorio milanese nel periodo maggio-giugno 2023; tre scuole hanno accolto preliminarmente il progetto ma solo una scuola ha confermato l'interesse e aderito al progetto per l'anno scolastico 2023-2024 della scuola primaria di primo grado. L'effettiva attuazione del progetto è stata resa possibile grazie alla disponibilità dei componenti della Commissione Pediatria, 10 professionisti tra infermieri pediatrici e infermieri con esperienza ultra decennale in ambito pediatrico. Il gruppo che ha sviluppato i moduli in aula è composto da 6 infermieri che lavorano in ambiti diversi dell'organizzazione e dell'assistenza pediatrica (Pediatria, Terapia Intensiva Pediatrica, Hospice Pediatrico), anche con funzioni di management.

## MATERIALI & METODI

Prima di avviare il progetto, sono stati svolti:

- un colloquio con il Direttore Didattico dell'Istituto
- un incontro conoscitivo e di presentazione del programma provvisorio e contenuti con gli insegnanti
- un incontro di presentazione con i genitori degli studenti coinvolti dal progetto
- un incontro di presentazione ai bambini (classi congiunte)

In accordo con il Direttore e gli insegnanti si è deciso di rivolgere il progetto alle classi 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> dell'Istituto, valutando attentamente l'integrazione delle conoscenze propedeutiche all'apprendimento all'interno del programma didattico.

Il programma è stato adattato in base alle esigenze formative degli studenti e alle proposte degli insegnanti, tenendo conto delle possibili "fragilità" di alcuni bambini correlate ai temi oggetto di formazione.

Il calendario degli incontri è stato articolato in base ai seguenti moduli didattici:

- Modulo 1: "Sono sicuro... batti un 5!"
- Modulo 2: "Diventiamo i campioni delle buone abitudini"
- Modulo 3: "Come mangiano le emozioni" e "Non mandiamo tutto in fumo"
- Modulo 4: "Uno, uno, due, le mie mani nelle tue" – classi congiunte
- Modulo 5: "Un regalo che vale una vita" classi congiunte

Le lezioni sono iniziate il 17 Gennaio 2024 e si sono concluse il 10 Aprile 2024.

## Contenuti dei moduli

La tutela della salute della popolazione scolastica e la vigilanza sull'igiene nella scuola sono temi risalenti ai primi anni del secolo scorso, allo scopo di proteggere e promuovere la salute degli studenti, negli istituti di diverso ordine e grado, per facilitare lo sviluppo ottimale e contribuire al successo accademico.

L'educazione alla salute, la promozione degli stili di vita sani e la prevenzione sono uno dei ruoli fondamentali dell'infermieristica. L'inserimento dell'infermiere nelle scuole può fin dall'infanzia sensibilizzare e costruire le basi per lo sviluppo completo di ogni individuo e, di conseguenza, il futuro di ogni società civile.

Il training è stato strutturato in 5 incontri di 4 ore (2 ore per ogni classe), ad ogni incontro hanno partecipato 4 insegnanti e 43 bambini, due dei quali con disabilità cognitive.

I contenuti del corso con i relativi obiettivi sono espressi nella tabella 1.

**Tabella 1. Moduli e obiettivi del progetto pilota**

| Modulo | Titolo                                                           | Obiettivi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1      | "Sono sicuro... batti un 5!"                                     | Descrivere l'utilità e l'uso appropriato dei più comuni DPI nella vita quotidiana<br>Mantenere l'abitudine dell'igiene mani come primo sistema di prevenzione della diffusione di malattie                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2      | "Diventiamo i campioni delle buone abitudini"                    | Promuovere il movimento e lo sport; diffondere la cultura della sana nutrizione come stile di vita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3      | "Come mangiano le emozioni"<br>&<br>"Non mandiamo tutto in fumo" | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere la consapevolezza della connessione tra cibo ed emozioni, favorire un comportamento/approccio alimentare fisiologico.</li> <li>• Sensibilizzare i bambini sui danni del fumo e sui benefici di una vita senza tabacco. Stimolare la creazione di una coscienza "anti-fumo" prima dell'adolescenza e fornire gli strumenti necessari per scegliere di non cominciare a fumare.</li> </ul> |
| 4      | "Uno, uno, due, le mie mani nelle tue"                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrivere i comportamenti attuabili anche dai bambini in situazioni di urgenza – emergenza e ridurre gli interventi dannosi nelle situazioni di emergenza</li> <li>• Diffondere conoscenze sulle manovre di primo soccorso e disostruzione delle prime vie aeree</li> </ul>                                                                                                                        |
| 5      | "Un regalo che vale una vita"                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffondere la cultura della donazione di organi e tessuti;</li> <li>• Dare consapevolezza sull'opportunità di libera espressione alla volontà donativa</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   |

### Raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta attraverso la compilazione di 2 questionari creati ad hoc per il progetto. Agli insegnanti è stato sottoposto un questionario di gradimento sull'esperienza, attraverso una scala Likert (da 1 a 10) mentre, agli alunni è stato somministrato un questionario di apprendimento con 11 domande a risposta multipla inerenti i contenuti affrontati e 3 domande, di cui una a risposta aperta, sul gradimento e raccolta di proposte. I questionari sono stati formulati su supporto cartaceo ed inseriti in database appositamente costituito. I questionari non prevedevano l'identificazione del compilatore.

### ANALISI STATISTICA

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

### CONSIDERAZIONI ETICHE

Il presente studio è stato sviluppato in conformità ai principi etici internazionali ed è stato garantito il rispetto per la riservatezza e l'anonimato dei dati dei partecipanti. A tale scopo l'effettuazione di foto e video durante lo svolgimento del progetto è stata effettuata previa raccolta degli opportuni consensi, garantendo comunque l'uso a scopo didattico e l'offuscamento degli elementi identificativi dei bambini.

### RISULTATI

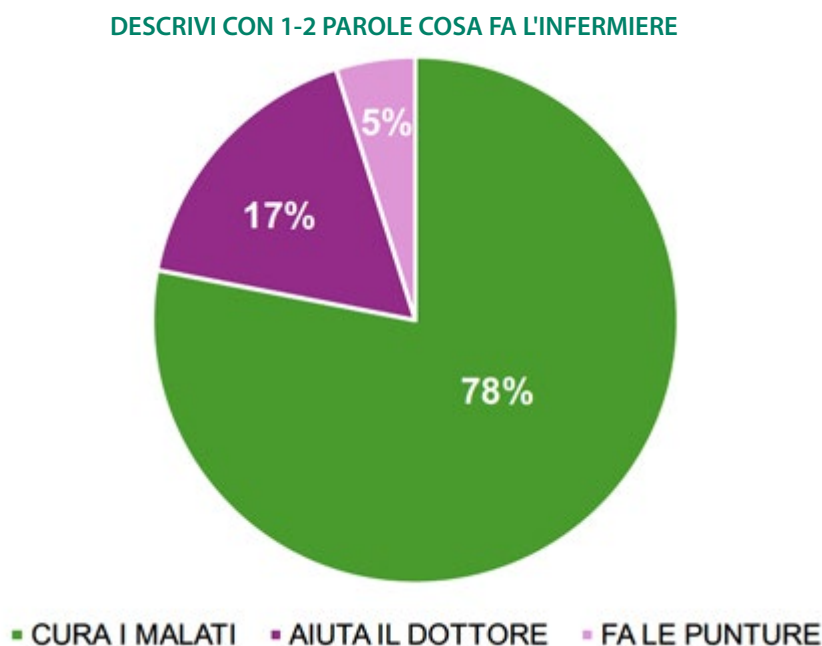
Prima di iniziare le attività didattiche dei cinque moduli, è stato effettuato un incontro conoscitivo con i bambini a classi congiunte, durante il quale, sono state poste tre domande. L'obiettivo dell'indagine preliminare era di sondare l'immagine sociale delle professioni infermieristiche, percepita dal campione di bambini destinatario del progetto, per poi informarli e valorizzare il ruolo dell'infermieristica nella scuola e nei contesti extrassistenziali.

I bambini hanno scritto le loro risposte su tre fogli di colore diverso:

1. Domanda 1 - colore giallo: Descrivi con 1-2 parole cosa fa l'infermiere.
2. Domanda 2 - colore azzurro: A tuo parere, fare l'infermiere è un lavoro semplice, complicato o molto complicato?
3. Domanda 3 - colore verde: Descrivi con 1-2 parole, in base alla tua esperienza e conoscenze, una emozione o definizione, che associ all'infermiere?

Le risposte sono state aggregate e associate per affinità di significato. I risultati sono rappresentati nei grafici e tabelle n. 1,2,3. La prima domanda aveva l'obiettivo di indagare le funzioni e attività caratterizzanti delle professioni infermieristiche secondo l'opinione dei bambini (Tabella e Grafico 1).

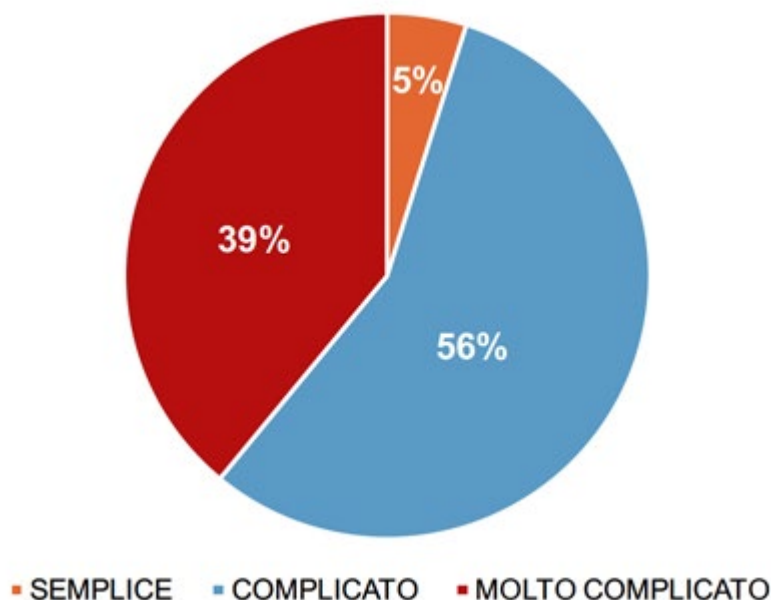
**Grafico 1. Percezione dei bambini sulle competenze infermieristiche prevalenti**



La seconda domanda aveva l'obiettivo di indagare, nel campione di bambini di riferimento, la consapevolezza sulla complessità di competenze richieste alle professioni infermieristiche nell'esercizio delle loro funzioni (Tabella e Grafico 2).

**Grafico 2. Percezione dei bambini sulla complessità delle competenze della professione infermieristica**

**FARE L'INFERMIERE È UN LAVORO SEMPLICE, COMPLICATO O MOLTO COMPLICATO?**



La terza domanda aveva l'obiettivo di indagare l'immagine sociale delle professioni infermieristiche, nel campione destinatario del progetto. I questionari di apprendimento, somministrati ai bambini nell'ultimo incontro, validi per l'analisi statistica sono stati 41 (di 43) per gli alunni e 3 (di 4) per gli insegnanti.

Sulla base dell'analisi delle domande effettuate ai bambini i questionari hanno avuto una mediana di 10 (1). Il punteggio maggiore è stato di 11 domande corrette mentre, quello minore è stato di 7. La curva di apprendimento degli alunni è rappresentata nel Grafico 3.

Le domanda al quale tutti i bambini hanno risposto correttamente, 41 risposte corrette [100%] sono state: "Donare gli organi e i tessuti è..." e "Abbiamo parlato di cibo ed emozioni. Quale di queste non è una emozione". Mentre la domanda che ha ricevuto il punteggio inferiore, 29 [70,7%] è stata: "Vedi che un tuo compagno si porta le mani alla gola e il colorito del suo viso cambia, cosa devi fare?".

I moduli più apprezzati dai bambini sono stati: "Come mangiano le emozioni" e "Non mandiamo tutto in fumo" (Grafico 4).

Infine, è stato chiesto ai bambini come descrivevano l'esperienza, 2 [4,8%] l'hanno ritenuto noiosa mentre 35 [85%] interessante e 15 [36,5%] sorprendente. Il questionario di gradimento del progetto è stato sottoposto a 3 insegnanti che sono state coinvolte alla partecipazione dei moduli proposti.

Gli insegnanti, si ritengono molto soddisfatti (10) sia rispetto ai temi trattati che all'appropriatezza dei metodi di insegnamento adottati. Gli insegnanti si sono sentiti molto coinvolti (9,6) durante le lezioni e affermano che anche i loro alunni sono stati molto interessati e partecipi (9,3) nelle diverse lezioni. Gli insegnanti hanno espresso un'ottima valutazione sull'appropriatezza nella relazione degli infermieri con gli alunni (10) e sulla chiarezza espositiva (10). Attraverso il Grafico 5 si rappresenta il gradimento espresso dagli insegnanti.

## DISCUSSIONE

I risultati ottenuti da questo progetto pilota, sia da parte degli insegnanti che da parte degli studenti, dimostra che i moduli svolti dal personale infermieristico hanno avuto un alto gradimento e migliorato la percezione delle competenze possedute dalle professioni infermieristiche fuori dai consueti contesti assistenziali. I risultati del questionario degli alunni comprovano l'interesse e la partecipazione e dimostrano l'acquisizione di nuove conoscenze. Inoltre, sono state raccolte le proposte dei bambini per l'approfondimento di nuovi temi: Primo Soccorso e disostruzione delle vie aeree con esercitazioni pratiche, gestione dell'ansia e dello stress, comprendere cosa contengono i

Tabella e Grafico 3. Percezione dei bambini dell'immagine sociale della professione infermieristica

DESCRIVI CON 1-2 PAROLE UN'EMOZIONE O UNA PAROLA CHE ASSOCI ALL'INFERMIERE, IN BASE ALLA TUA ESPERIENZA /VISSUTO

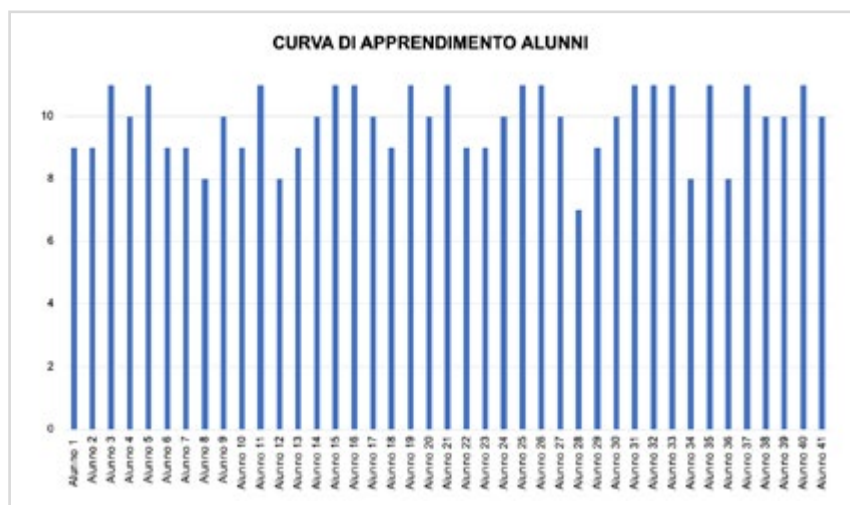


medicinali e i vaccini, l'apparato riproduttore, la nascita e le droghe, conoscere meglio il lavoro degli infermieri in ospedale.

La valutazione del progetto è stata valutata ottima, per contenuti e per modalità didattiche, sia da parte degli alunni che degli insegnanti, che hanno dichiarato di voler proseguire l'iniziativa. Durante l'incontro finale di restituzione con insegnanti e famiglie, i genitori hanno potuto vedere alcuni momenti delle attività svolte in aula mediante un breve video e sono stati condivisi gli obiettivi didattici raggiunti e i quesiti posti dai bambini. I

genitori hanno sottoposto agli infermieri alcune domande sui temi trattati per prepararsi ad eventuali successivi confronti in famiglia. I limiti di questo studio riguardano il campionamento, che non è stato effettuato in modo casuale, poiché sono stati reclutati gli alunni delle class 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> dell'Istituto.

Grafico 3. Livelli di apprendimento alunni



Il numero del campione è ridotto, soprattutto quello degli insegnanti, inoltre lo studio è monocentrico; per questi motivi i dati sono da interpretare con prudenza. La scelta di sottoporre il progetto alle scuole private è stata determinata dal fatto che le procedure previste dalla scuola della pubblica amministrazione richiedono passaggi autorizzativi con tempi lunghi. La mancata adesione di 7 Istituti dei 10 contattati, è stata attribuita dai Responsabili didattici, al ritardo con cui è stato condiviso il programma, molte scuole in quel periodo dell'anno avevano già programmato il calendario e i progetti alternativi per l'anno scolastico successivo.

Negli obiettivi futuri c'è la volontà di estendere il progetto ad altre scuole anche della pubblica amministrazione, ampliando ove possibile oltre le funzioni di educatori anche quelli di facilitatori per la gestione di problematiche di salute pediatriche.

### CONCLUSIONI

La valutazione generale del progetto è stata molto positiva e ha destato molto interesse sia da parte degli alunni che degli insegnanti; la partecipazione in aula ha dato evidenza del gradimento dei temi proposti. I moduli sviluppati in modo coinvolgente, interattivo e ludico hanno contribuito ad implementare le conoscenze ed approfondire i temi affrontati dagli insegnanti solo in termini generali. L'integrazione degli infermieri con i bambini e gli insegnanti ha reso l'esperienza un'occasione di scambio reciproco sul piano professionale ed umano arricchenti. Inoltre, l'iniziativa ha dato evidenza a studenti, famiglie e insegnanti delle competenze infermieristiche rispetto ai nuovi bisogni di salute e conoscenze dei bambini nel contesto scuola, dando altresì l'opportunità di valorizzare l'immagine della professione infermieristica, percepita da un campione di bambini in un setting diverso da quelli di consueto associati agli infermieri. Riteniamo che il progetto sia replicabile anche da altri professionisti e che tanto più esperienze verranno realizzate tanto più sarà possibile migliorare l'identità professionale nella società e consolidare l'appropriatezza del contributo infermieristico nella comunità scolastica.

### RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano la Direttrice, le insegnanti e gli alunni dell'Istituto milanese Scuola Primaria paritaria coinvolti che hanno partecipato attivamente e con entusiasmo all'attività proposta.

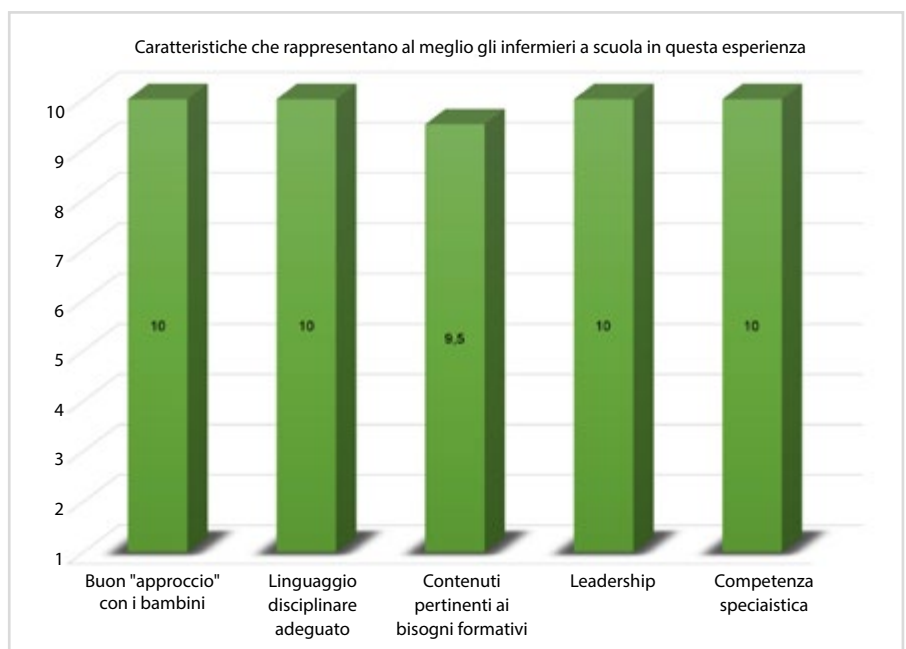
Per motivi di riservatezza non si citano nomi e riferimenti. Infine, si ringraziano gli infermieri che hanno eseguito la formazione e hanno partecipato attivamente al progetto.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:** [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)

**Grafico 4. Quali temi hanno interessato di più gli alunni**



**Grafico 5. Riepilogo del gradimento espresso dagli insegnanti**



**Stefania Tinti**

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

**Annalisa Alberti**

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

**Paolo Chiapponi**

*Direttore Distretto*  
*Garbagnatese,* Azienda  
Socio-Sanitaria Territoriale  
Rhodense, Garbagnate  
Milanese, Milano

**Stefania Gallo**

*Servizio Infermieristico*  
P.O. RSA Sandro Pertini,  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
RSA Sandro Pertini,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Roberta Laurora**

*Infermiere,* Direzione  
Medica di Presidio, P.O.  
Garbagnate Milanese,  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Martino Trapani**

Responsabile  
Scientifico Gruppo di  
Miglioramento 'IAR',  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Marco Vignati**

Dirigente Medico  
RSA Sandro Pertini,  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
RSA Sandro Pertini,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Maria Pia Cappuccio**

*Infermiere Epidemiologo,*  
Direzione Medica di  
Presidio, P.O. Garbagnate  
Milanese, Azienda Socio-  
Sanitaria Territoriale  
Rhodense, Garbagnate  
Milanese, Milano

**Elisabetta Zanini**

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

**Katia Cappuccio**

Centri Estivi scuola  
materna, elementare  
e media, La Spiga  
Cooperativa Sociale Soc.  
Coop. A R.L., Garbagnate  
Milanese, Milano

**Emiliano Gaffuri**

*Direttore Socio-Sanitario,*  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Loredana Gervasi**

*Infermiere,* Distretto  
Garbagnatese, Casa  
di Comunità Bollate,  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Giorgia Saporetti**

*Direttore Sanitario,*  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Rosanna Veronese**

*Infermiere,* Qualità e  
Risk Management, P.O.  
Garbagnate Milanese,  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Giada Vescarelli**

Centri Estivi scuola  
materna, elementare  
e media, La Spiga  
Cooperativa Sociale Soc.  
Coop. A R.L.

**Loredana Viviano**

*Dirigente Professioni*  
*Sanitarie* Sviluppo Polo  
Territoriale, Azienda  
Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

**Marco Bosio**

*Direttore Generale,*  
Azienda Socio-Sanitaria  
Territoriale Rhodense,  
Garbagnate Milanese,  
Milano

# Giochi senza batteri, un progetto educativo di scambio intergenerazionale

*Games without bacteria, an inter-generational exchange educational project*



Foto n. 1 – Gioco delle mollette

**Parole chiave**

Anziani, bambini, igiene, lavaggio mani, prevenzione delle malattie, scambio intergenerazionale.

**Key words**

Children, disease prevention, elders, hand-washing, hygiene, inter-generational exchange.

**INQUADRAMENTO GENERALE**

Con il termine "scambio intergenerazionale" si intende un processo comunicativo, educativo, relazionale, che accomuna due differenti generazioni, nel caso specifico del progetto, anziani e bambini, che ha la finalità di arricchire le esperienze di ognuno attraverso scambi emotivi ed esperienziali. I due mondi, apparentemente distanti, nella realtà lo sono molto meno e, lo scambio, arricchisce entrambi racchiudendo gli attimi in un unico mondo "magico" (Campbell, Whear et al., 2023 Feb 16, Nurse24, 2019).

Come riferito da numerosi articoli sul tema dell'inter-generazionalità, affiancare bambini ed anziani giova ad entrambe le generazioni perché i primi, sviluppano positività acquisendo esperienza e apprendendo le evoluzioni

della vita e dell'invecchiamento, i secondi migliorano l'autostima riducendo lo stress e la depressione legati fondamentalmente all'isolamento sociale (BJF, 2009, Campbell, Whear et al., 2023 Feb 16). Il terreno su cui si sviluppano i progetti di scambio nascono fondamentalmente da necessità di cambiamento socio-demografico e socio-relazionale, dove le due generazioni partecipano a sviluppare processi di empowerment comunitario per migliorare la qualità della vita di ognuno (Oggionni, 2014).

Sebbene nella realtà dei fatti, mettere insieme le due generazioni non sia sempre impresa facile, i programmi di scambio nascono sin dalla fine degli anni '60 del secolo scorso soprattutto negli Stati Uniti, in risposta a cambiamenti socio-culturali propri di quegli anni. In Italia solo recentemente si prendono in considerazione progetti strutturati mentre, la popolazione americana, con il progetto "Adotta un nonno" già nel 1963 affiancava le due generazioni per percorsi di reciproco scambio, puntando in particolare sul superamento di situazioni di disagio che entrambe le generazioni iniziavano ad affrontare come, bassa autostima, abbandono scolastico, abuso di sostanze, isolamento (Manna, 2022). I progetti intergenerazionali hanno così assunto una veste utile per affrontare queste questioni, acquisendo così una certa forza dal punto di vista sociale. Alla luce di questa nuova consapevolezza, i progetti di scambio hanno preso avvio anche per gli aspetti sanitari e di welfare e, proprio in questi ambiti, anche in Italia hanno iniziato a trovare spazio. Sulla spinta del modello americano, anche l'Unione europea ha avviato progetti legati all'inter-generazionalità e nel 2009 ha promosso la prima giornata legata alla solidarietà e alla cooperazione tra generazioni, avente la finalità di ridurre le distanze tra le due generazioni e migliorare la qualità della vita di entrambe. Da allora, ogni anno, la giornata viene celebrata come impegno inteso a promuovere una società equa e sostenibile (CNDIA, 2023).

### CONTESTUALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA

Nell'ambito di un progetto più ampio, ha preso avvio lo scorso anno un'esperienza sviluppata da ASST Rhodense nei Centri Estivi per minori del Comune di Garbagnate Milanese, in cui è stata promossa, tra i bambini, l'importanza del lavaggio delle mani nelle azioni di vita quotidiana. Lo scopo dell'iniziativa è stato quello di trasmettere l'importanza del lavaggio delle mani attraverso differenti giochi sostenendo il ruolo dell'Infermiere nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie (Tinti, Cappuccio et al., 2023).

Una seconda esperienza estiva, per l'ASST Rhodense, tenutasi quest'anno e in continuità con la precedente, ha coniugato due realtà apparentemente antitetiche, il mondo dell'anziano istituzionalizzato e il bambino, iscritto al Centro Estivo comunale di Garbagnate Milanese, cittadina dell'hinterland milanese. ASST Rhodense, ambito socio sanitario territoriale di Regione Lombardia accoglie, tra le attività clinico assistenziali, anche una struttura residenziale per anziani (RSA), storica per il territorio di riferimento sin dal secolo scorso per la città di Garbagnate Milanese, la "Sandro Pertini". Gli ospiti della Residenza Sanitaria "Sandro Pertini" e i bambini della Scuola Primaria "Karol Wojtila" del comune di Garbagnate Milanese, frequentanti il Centro Estivo, si sono incontrati nei giorni 23 e 24 luglio 2024, guidati dagli educatori delle rispettive Istituzioni, dagli infermieri dell'ASST Rhodense e dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Rho dell'Università degli Studi di Milano, con la presenza del Direttore di Sezione e del Tutor Professionale. La finalità del Progetto, prima esperienza così strutturata per ASST Rhodense, è stata di stimolare uno scambio intergenerazionale sul tema della Prevenzione delle malattie, impattante su entrambe le generazioni, attraverso un evento denominato "Giochi senza batteri". Lo slogan, ideato dagli studenti del Corso di Laurea citato, che strizza l'occhio ad un celebre palinsesto televisivo vincente di molti anni fa, ha lo scopo di promuovere l'igiene delle mani e la prevenzione delle malattie infettive attraverso attività ludiche, accomunate dall'univoco obiettivo di partecipazione da parte dei bambini e degli ospiti, favorendo così la socializzazione intergenerazionale con particolare attenzione alle relazioni e stimolare il più possibile l'attività fisica.

### OBIETTIVO

Per raggiungere la finalità proposta di promuovere l'igiene delle mani e la prevenzione delle malattie infettive attraverso attività ludiche, favorendo così la socializzazione intergenerazionale con particolare attenzione alle relazioni e stimolare il più possibile l'attività fisica, il progetto si prefigge di raggiungere obiettivi intermedi, centrati maggiormente sull'esercizio fisico e sulla relazione intergenerazionale, e un obiettivo finale, più generale, legato al concetto di Promozione della salute nella logica preventiva.

### RISULTATI

"Giochi senza batteri" è stato sviluppato secondo un preciso cronoprogramma organizzativo e autorizzativo come sotto riportato in Tabella 1. L'approccio identificato per il progetto è di tipo "PARTECIPATIVO" poiché basato sulla disponibilità e sulla collaborazione degli interessati che, a vario titolo e per le singole competenze istituzionali,

hanno acquisito il benessere a procedere con le attività ludiche che sono state proposte. Alle attività hanno partecipato 28 ospiti identificati dai professionisti della RSA che ne hanno valutato le capacità cognitive (i medesimi in entrambe le giornate di attività) e 90 bambini della Scuola Primaria "Karol Wojtila" del comune di Garbagnate Milanese, ovvero 45 bambini per ciascuna data proposta.

**Tabella 1. Cronoprogramma del Progetto "Giochi senza batteri"**

| Attività                                           | Attori coinvolti                                                                                                                                       | Maggio | Giugno | Luglio | Settembre | Note                                                           |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|-----------|----------------------------------------------------------------|
| <b>1. Definizione del progetto</b>                 | Infermieri ASST-R<br>Dirigenza CLI                                                                                                                     | x      |        |        |           |                                                                |
| <b>2. Avvio procedure autorizzative</b>            | Direzione Socio Sanitaria ASST-R<br>Direzione Sanitaria ASST-R<br>Comune di riferimento (Garbagnate M.se)<br>Dirigenza Centro Estivo Scuola d'Infanzia | x      |        |        |           |                                                                |
| <b>3. Coinvolgimento stakeholders</b>              | Operatori RSA S. Pertini<br>Infermieri DMP, RM, Servizi territoriali<br>Studenti CLI                                                                   | x      |        |        |           |                                                                |
| <b>4. Riunioni operative</b>                       | Infermieri DMP, RM, Servizi territoriali<br>Dirigenza CLI<br>Tutor CLI<br>Studenti CLI                                                                 |        | x      |        |           |                                                                |
| <b>5. Attuazione</b>                               | Infermieri DMP, RM, Servizi territoriali<br>Tutor CLI<br>Studenti CLI<br>Operatori RSA                                                                 |        |        | 23-24  |           |                                                                |
| <b>6. Chiusura progettualità e rendicontazioni</b> | Infermieri DMP, RM, Servizi territoriali<br>Dirigenza CLI<br>Tutor CLI                                                                                 |        |        |        | x         | Pubblicazione risultati, partecipazione a Premialità nazionali |
| <b>7. Divulgazione dell'evento</b>                 | Marketing e Comunicazione aziendale                                                                                                                    | X      |        |        |           | Canali social e sito intranet aziendale                        |

Abbreviazioni: ASST-R: ASST-Rhodense; CLI: Corso di Laurea in Infermieristica; DMP: Direzione Medica di Presidio; RM: Risk Management; RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

Questa esperienza, dunque fondata sull'inter-generational practice, consente di riunire persone differenti per genere, in attività, nello specifico del progetto legate alla promozione della salute e prevenzione delle malattie attraverso il corretto lavaggio delle mani, che hanno un reciproco vantaggio, avendo la finalità di promuovere comprensione e rispetto tra generazioni e costruire coesione. La collaborazione è dunque inclusiva e si basa su un approccio relazionale ed emozionale funzionale allo sviluppo e al benessere della comunità, valorizzando il contributo che ciascuna generazione rende disponibile (BJF, 2009, Campbell, Whear et al., 2023 Feb 16).

Nello specifico, ogni singola giornata, dopo le opportune presentazioni agli ospiti e ai bambini da parte degli operatori che hanno animato le attività, per facilitare la reciproca conoscenza e creare un setting, ha previsto una prima illustrazione pratica della modalità di igiene delle mani e la richiesta di replicare la tecnica, utilizzando la soluzione antisettica alcolica da parte di ciascun partecipante.

Gli ospiti sono poi stati suddivisi in 4 file poste frontalmente alle 4 squadre di bambini a delimitare il perimetro della stanza, in modo da consentire una globale e reciproca visione e hanno preso avvio le attività core dell'esperienza, di seguito rappresentate:

**Gioco delle "MOLLETTE"** in cui vengono coinvolti solo gli ospiti: l'attività è finalizzata al richiamo della modalità di trasmissione dei microrganismi e a stimolare il più possibile l'attività fisica.

Iniziando dall'ospite a capo della fila, il gioco consiste nel prendere le mollette decorate con immagini di microrganismi e attaccate preventivamente al camice di un primo operatore e, attraverso il passaggio di mano in mano tra tutti gli ospiti della stessa fila, posizionarle al camice del secondo operatore, posto all'estremo della stessa fila. Il gioco, nella sua sana competizione, viene vinto dalla squadra che prima termina il passaggio di tutte le mollette, compiendo il movimento come indicato all'inizio dell'attività (Foto n. 1).

**Gioco "PESCA I BATTERI"** in cui vengono coinvolti ospiti e bambini: l'attività prevede una interazione finalizzata al compimento di un gesto manuale "fine" da parte dell'anziano e all'interazione tra i due gruppi. Il gioco consiste nella pesca di figurine calamitate che rappresentano i microrganismi, distribuite a terra davanti a ciascuna squadra, attra-

verso una canna, tenuta in mano dall'ospite, deputata alla "cattura" dei germi rappresentati sulle figurine. I bambini hanno l'importante ruolo di aiutare a direzionare il raggio d'azione della canna e mettere da parte i microorganismi catturati. Il gioco viene vinto dalla squadra che prima pesca tutti i microorganismi posti a terra (Foto n. 2 e n. 3).

**Canzone "SE VUOI STAR BENE, TU LO SAI, LAVA LE MANI"** ovvero rappresentazione mimata con gesti semplici e facilmente riproducibili di un testo musicale a tema igiene delle mani e del corpo con il coinvolgimento di ospiti e bambini. Lo scopo dell'attività è sensibilizzare l'importanza dell'igiene attraverso il canto e stimolare l'attività fisica nell'anziano attraverso il mimo.

Un momento unico per questa esperienza è stato rappresentato dalla riproduzione teatrale di una scenetta relativa al tema dei "pidocchi", mimata dagli operatori sanitari e dagli studenti di Infermieristica. Lo scopo della rappresentazione era quello di descrivere, in forma semplice e spiritosa, una possibile situazione reale. L'idea della rappresentazione trae spunto dal testo illustrato per bambini "Anna ha i pidocchi" (Amant, 2015) (Foto n. 4).

**Gli operatori sanitari e gli studenti di Infermieristica hanno interpretato i vari personaggi del racconto** in cui la piccola protagonista, Anna, si ritrova ad affrontare la spiacevole esperienza della pediculosi mentre sta giocando con il suo amico Leo; verrà prontamente aiutata dalla sua mamma che la rassicura e le insegna l'importanza della condivisione e della prevenzione, nell'ottica della tutela della salute comunitaria.

Attraverso la trama curata dagli operatori sanitari sulla diffusione delle parassitosi, problema di Salute Pubblica importante nelle comunità, con l'utilizzo di un linguaggio divertente ma scientifico, adatto all'età dei bambini e alle capacità cognitive degli ospiti, la recita ha facilitato la trasmissione di alcune importanti informazioni, utili a gestire la veicolazione dei pidocchi e a sfatare alcune "false credenze", spesso ritenute erroneamente, reali, soprattutto proprio dalla generazione degli ospiti (Foto n. 5).

**La conclusione delle giornate è stata poi una sorta di apoteosi dello scambio intergenerazionale**, ai bambini è stato consegnato il diploma nominale "Esperto in igiene delle mani", il personale della RSA è stato omaggiato di segnalibri a tema di igiene delle mani, mentre agli ospiti sono state regalate dai bambini, delle saponette profumate a ricordo della giornata (Foto n. 6 e n. 7).

Tutte le attività proposte sono state disegnate con una progettualità definita "ex ante", ovvero concertata perché potesse essere misurata nella sua ricaduta. La Tabella n. 2 schematizza in sintesi obiettivi e indicatori relativi attesi con la realizzazione del Progetto. L'esito degli indicatori a seguito della realizzazione del Progetto "Giochi senza batteri" è riportato nella Tabella 3.



Foto n. 2 – Gioco "Pesca i batteri"



Foto n. 3 – Gioco "Pesca i batteri"



Foto n. 4 – Riproduzione di una scenetta relativa al tema dei "pidocchi"



*Foto n. 5 – Trasmissione delle informazioni*



*Foto n. 7 – Saponette profumate a ricordo della giornata regalate dai bambini agli ospiti*



*Foto n. 6 – Saponette profumate a ricordo della giornata regalate dai bambini agli ospiti*

## CONCLUSIONI

Bambini ed ospiti aiutati da educatori, operatori sanitari e studenti di Infermieristica, hanno partecipato in maniera attiva, curiosa e divertente ai giochi proposti. Gli ospiti hanno eseguito i giochi al meglio delle possibilità dei loro movimenti e, in caso di difficoltà, sono stati attivamente aiutati dai bambini attenti e disponibili. Questa affermazione conforta quello che viene riferito in letteratura relativamente all'interazione tra generazioni dove, anziani e bambini stabiliscono connessioni personali a beneficio di tutte le parti. Inoltre gli anziani, attraverso l'esperienza acquisita possono trasmettere ai bambini decenni di saggezza, con pazienza e disponibilità, saggezza che può essere uno stimolo di crescita per i bambini più piccoli. Questa esigenza di crescita e, per quanto concerne l'obiettivo ultimo del progetto, ovvero arrivare a concludere i giochi in una sorta di sfida a squadre, viene assunta favorevolmente e benevolmente dagli anziani, che appunto, si sono prestati ai giochi e hanno accolto totalmente la presenza dei bambini, come momento unico.

La canzone dedicata al lavaggio mani ha coinvolto con movimenti ritmici, tutti i presenti creando interazioni in un clima festoso. Da subito si è instaurata una buona relazione tra ospiti e bambini con manifestazioni di aiuto, di affetto e di commozione da parte degli ospiti. A chiusura delle attività, i bambini guidati dagli educatori, hanno proposto dei balli di gruppo creando una atmosfera di festa che ha coinvolto la maggior parte dei presenti. L'esperienza intergenerazionale si è conclusa con la consegna di diplomi disegnati con l'aiuto dei bambini agli organizzatori dell'esperienza come ringraziamento per il momento di condivisione. Inoltre gli ospiti sono stati omaggiati di saponette profumate e segnalibri a ricordo della giornata. Tutti i partecipanti hanno manifestato gratitudine ed emozioni positive, con la richiesta, da parte degli ospiti, di replicare iniziative simili. Anche gli educatori del Centro Estivo a cui afferiscono le scuole cittadine hanno espresso la disponibilità di mantenere iniziative analoghe in futuro, riconoscendo la relazione costruttiva creatasi. Ecco che la magia dell'incontro si realizza (Campbell, Whear et al., 2023 Feb 16, Nurse24, 2019), i bambini sono proiettati in una futura esperienza e gli anziani attendono con impazienza la "prossima volta" (Foto n. 8 e n. 9).

Tabella 2. Obiettivi e Indicatori del Progetto “Giochi senza batteri”

| Tipologia di Obiettivo<br>Area di sviluppo | Declinazione Obiettivo                                                                                                                                           | Indicatore di Performance Atteso                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INTERMEDIO<br/>Movimento</b>            | Stimolare l'attività fisica degli ospiti attraverso giochi e ballo mimato in tema di igiene e prevenzione delle malattie                                         | <b>PARTECIPAZIONE ATTIVA</b><br>N. Anziani con partecipazione attiva/ N. Anziani presenti $\geq 90\%$                                                                                                                                                   |
| <b>INTERMEDIO<br/>Interazione</b>          | Promuovere relazioni significative tra le due generazioni durante lo svolgimento delle attività ludiche in tema di igiene e prevenzione delle malattie           | <b>INTERAZIONE ANZIANI</b><br>N. Anziani che hanno interagito con i bambini/N. Anziani presenti $\geq 70\%$<br><b>INTERAZIONE ANZIANI</b><br>N. Bambini che hanno interagito con gli Anziani/ N. Bambini presenti $\geq 70\%$                           |
| <b>FINALE<br/>Abilità</b>                  | Promuovere la corretta tecnica di igiene delle mani e la prevenzione delle malattie infettive attraverso attività ludiche in contesti di elevata socializzazione | <b>ABILITÀ ANZIANI</b><br>N. Anziani che hanno eseguito correttamente l'igiene delle mani/N. Anziani presenti $\geq 70\%$<br><b>ABILITÀ BAMBINI</b><br>N. Bambini che hanno eseguito correttamente l'igiene delle mani/ N. Bambini presenti $\geq 70\%$ |

Tabella 3. Esito indicatori Progetto “Giochi senza batteri”

| Indicatore di Performance    | Esito<br>Commento                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARTECIPAZIONE ATTIVA</b> | <b>100%</b><br>Tutti i 28 Ospiti hanno partecipato attivamente, secondo le proprie possibilità ai giochi che comportavano movimento                                                                                                              |
| <b>INTERAZIONE ANZIANI</b>   | <b>100%</b><br>Tutti i 28 Ospiti hanno partecipato attivamente, secondo le proprie possibilità ai giochi che comportavano movimento                                                                                                              |
| <b>INTERAZIONE BAMBINI</b>   | <b>94,5%</b><br>5 bambini hanno manifestato difficoltà nel rapporto con l'ospite; nel dettaglio hanno preferito trascorrere il momento del gioco vicino agli educatori della scuola dell'Infanzia piuttosto che rimanere nel perimetro del gioco |
| <b>ABILITÀ ANZIANI</b>       | <b>70%</b><br>Una parte degli anziani non ha completato il lavaggio delle mani con la soluzione alcolica                                                                                                                                         |
| <b>ABILITÀ BAMBINI</b>       | <b>100%</b><br>Tutti i bambini hanno completato il lavaggio delle mani con la soluzione alcolica                                                                                                                                                 |

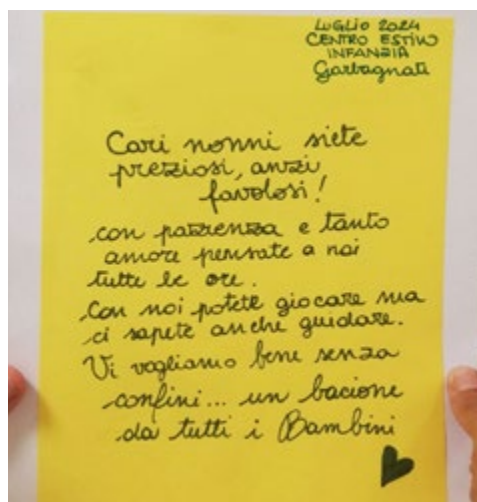


Foto n. 8 – Manifestazione di gratitudine ed emozioni positive da parte dei bambini verso gli ospiti



Foto n. 9 – Manifestazione di gratitudine ed emozioni positive da parte dei bambini verso gli ospiti

**Sachini Bagaya Fernando  
Kachchkaduge**

Infermiera ICS Maugeri,  
sachini.kachchkaduge@icsmaugeri.it

**Letizia Depalma**

CdL in Infermieristica, Unimi, sez. Fond.  
IRCCS Istituto Naz. Tumori di Milano,  
letizia.depalma@istitutotumori.mi.it

**Donatella Luongo**

CdL in Infermieristica, Unimi, sez. Fond.  
IRCCS Istituto Naz. Tumori di Milano,  
donatella.luongo@istitutotumori.mi.it

**Silvia Gasparini**

CdL in Infermieristica, Unimi, sez. Fond.  
IRCCS Istituto Naz. Tumori di Milano,  
silvia.gasparini@istitutotumori.mi.it

# Scuola e diabete: strategie educative e promozione del self-care. Una revisione della letteratura

*School and diabetes: educational strategies and  
promotion of self-care. A review of the literature*

## ABSTRACT

### Introduzione

Il diabete mellito rappresenta una delle condizioni croniche più diffuse nell'infanzia. L'aumento del numero di casi all'interno delle scuole sottolinea l'importanza di una gestione adeguata della malattia. Gli infermieri scolastici operano con una pratica basata sull'etica e sull'evidenza, collegando assistenza sanitaria ed istruzione e promuovendo un approccio centrato sullo studente. In molti paesi europei, l'infermiere scolastico è sempre più riconosciuto come una figura fondamentale, in Italia tale professione rimane poco diffusa, nonostante siano state sperimentate alcune iniziative locali.

### Obiettivi

Esaminare l'efficacia delle strategie di educazione terapeutica e promozione del self-care fornite da infermieri all'interno delle scuole verso gli studenti affetti da diabete mellito, al fine di valutare l'impatto sulla promozione della salute e sulla qualità di vita.

### Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura, impostando la domanda di ricerca attraverso la metodologia P.I.O. Sono state consultate le banche dati di CINAHL, ERIC, Embase, Pubmed, PsycINFO e Scopus, compresi gli studi pubblicati dal 2018 al 2023.

### Risultati

Seguendo il processo di selezione PRISMA, dai 658 articoli, sono stati analizzati per titolo, abstract e testo 352 articoli. Otto articoli sono stati inclusi nella revisione della letteratura.

### Conclusioni

Il supporto infermieristico nel contesto scolastico è fondamentale per favorire la socializzazione tra compagni e



per contribuire al raggiungimento di risultati scolastici ottimali. Gli interventi infermieristici di educazione terapeutica hanno portato risultati positivi sia sulla salute sia sul corretto stile di vita. Risultati importanti anche verso i genitori, i compagni ed il personale scolastico.

### **Parole chiave**

Diabete mellito, infermiere scolastico, educazione sanitaria, autocura, scuola.

### **Introduction**

Diabetes mellitus is one of the most common chronic conditions in childhood. The increase in the number of cases within schools underlines the importance of appropriate management of the disease. School nurses operate an ethical and evidence-based practice, linking health care and education and promoting a student-centred approach. In many European countries, the school nurse is increasingly recognised as a key figure. In Italy this profession remains little widespread despite some local initiatives.

### **Aim**

The aim of this review is to examine the effectiveness of therapeutic education and self-care promotion strategies provided by school nurses towards students with diabetes mellitus in order to assess the impact on health promotion and quality of life.

### **Methods**

A narrative literature review was conducted, setting the research question through P.I.O. methodology, Databases from CINAHL, ERIC, Embase, Pubmed, PsycINFO and Scopus were consulted, including studies published from 2018 to 2023.

### **Results**

A total of 658 articles were identified in the study. Following the PRISMA selection process 352 articles were analyzed by title, abstract, and full text. Eight articles were included in the literature review.

### **Conclusion**

Nursing support in the school setting was found to be crucial in fostering socialisation among peers and contributing to optimal academic achievement. Nursing interventions in therapeutic education brought positive results on both health and lifestyle of the students. Positive results were also found with parents, peers and school staff, where support and education contributed to a favourable school environment.

### **Keywords**

Diabetes mellitus, self care, health education, school nursing, schools.

## **INTRODUZIONE**

Il diabete mellito rappresenta una delle condizioni croniche più diffuse nell'infanzia (Olinder et al., 2022). In Italia, la prevalenza del diabete mellito di tipo 1 tra i bambini e gli adolescenti dai 0 ai 19 anni è del 13,7%. Il numero di bambini e adolescenti affetti da diabete mellito continua a crescere, vi sono oltre 1,2 milioni di bambini e adolescenti (0-21 anni) affetti da diabete mellito di tipo 1 nel mondo e un'incidenza annuale stimata tra i 108.200 fino ai 18 anni e i 149.500 casi fino a 21 anni (Almeida, Tavares & Pereira, 2023; Chiang et al., 2018).

L'esordio precoce del diabete mellito in giovane età aumenta il rischio di complicanze lungo tutto l'arco della vita rispetto all'insorgenza in età avanzata, richiedendo cure mediche più intense, con peggioramento della qualità della vita e incremento del rischio di morte prematura (Sundberg et al., 2017).

In giovane età i sintomi iniziali del diabete mellito possono essere vaghi e difficili da distinguere da altre patologie fino a quando la malattia non progredisce fino alla chetoacidosi diabetica, una condizione pericolosa caratterizzata da elevate concentrazioni di corpi chetonici nel sangue, glicemia elevata e bassi livelli di insulina (Chiang et al., 2018; Hamilton et al., 2017; Nevo-Shenker, Phillip, Nimri & Shalitin, 2020).

Questa condizione, che colpisce circa il 25% dei bambini al momento della diagnosi, può avere gravi conseguenze, soprattutto nei bambini più piccoli (Chiang et al., 2018; Hamilton et al., 2017; Nevo-Shenker et al., 2020).

Rilevare i sintomi può essere difficile nei bambini piccoli, rappresentando una sfida per gli operatori sanitari e costituendo una delle principali barriere al raggiungimento di un controllo glicemico ottimale, con possibili impatti negativi sulla salute emotiva dei giovani pazienti e degli operatori sanitari stessi (ElSayed et al., 2023; Nevo-Shenker et al., 2020; Sundberg et al., 2017).

È importante educare le famiglie sulle abitudini alimentari sane e sull'importanza dell'attività fisica regolare, oltre a fornire un'adeguata formazione sulla gestione del diabete mellito, sottolineando l'importanza di un'educazione adeguata sin dalla giovane età per una gestione autonoma efficace del diabete mellito nell'adolescenza e nell'età adulta (ElSayed et al., 2023; Sundberg et al., 2017).

L'aumento del numero di bambini e adolescenti affetti da diabete mellito che frequentano la scuola sottolinea l'importanza di una gestione adeguata della malattia per garantire risultati glicemici ottimali e ridurre il rischio di complicanze (ElSayed et al., 2023; March et al., 2020; Olinder et al., 2022).

Le caratteristiche del diabete mellito variano tra bambini molto piccoli e adolescenti più grandi (Nevo-Shenker et al., 2020). Nei bambini piccoli, la gestione può essere affrontata con educazione e attenzione (Chiang et al., 2018), ma i giovani adolescenti tendono a mostrare una scarsa autogestione quando la responsabilità dei compiti di cura viene trasferita completamente a loro (Almeida et al., 2023; ElSayed et al., 2023).

È importante implementare programmi di preparazione alla transizione per i giovani, iniziando dalla prima adolescenza e rivalutandoli periodicamente per adattarsi al loro sviluppo e crescente autonomia nella gestione del diabete mellito (ElSayed et al., 2023). Gli adolescenti spesso desiderano che la loro condizione scompaia per conformarsi a un'immagine di normalità, ma questo atteggiamento può compromettere la corretta gestione del diabete mellito e creare una percezione negativa della propria condizione (Christie, 2019).

È fondamentale adottare un approccio multidisciplinare che coinvolga infermieri, insegnanti, coetanei e famiglie per ridurre lo stigma e promuovere un atteggiamento positivo verso il diabete mellito, migliorando il controllo metabolico e la qualità di vita (Almeida et al., 2023; Christie, 2019; Deeb, Aklé, Ozairi & Cameron, 2018; Ergun-Longmire et al., 2021; Sundberg et al., 2017).

La definizione adottata nel febbraio 2017 dalla National Association of School Nurses (NASN) sottolinea il ruolo essenziale dell'infermiere scolastico nella protezione e promozione della salute degli studenti, facilitando il loro sviluppo ottimale e il successo accademico (Marcadelli & Soverini, 2016; Terzoni, Destrebecq, Di Prisco & Ferrara, 2021).

Gli infermieri scolastici operano con una pratica basata sull'etica e sull'evidenza, collegando assistenza sanitaria e istruzione, coordinando l'assistenza e promuovendo un approccio centrato sullo studente (Marcadelli et al., 2016; Terzoni et al., 2021). In molti paesi europei, l'infermiere scolastico è sempre più riconosciuto come una figura fondamentale, ma in Italia tale professione rimane poco diffusa, nonostante siano state sperimentate alcune iniziative locali (Terzoni et al., 2021).

Il progetto "La scuola promotrice di salute", promosso dal nucleo consociazione nazionale associazioni infermieri (CNAI) in quattro Istituti Superiori di Ravenna, ha introdotto la presenza degli infermieri scolastici nelle scuole per migliorare la comunicazione tra giovani e servizi socio-sanitari, affrontando tematiche quali la salute sessuale, la prevenzione delle dipendenze, gli atti di violenza, la salute mentale, l'alimentazione e l'indagine dei problemi di salute degli studenti (Marcadelli et al., 2016; Terzoni et al., 2021).

L'infermiere scolastico svolge un ruolo nel promuovere la salute e sicurezza degli studenti, intervenendo su problemi attuali e potenziali e sviluppando capacità di adattamento e autogestione. Inoltre, si occupa della sorveglianza, della gestione delle malattie croniche e delle emergenze, della valutazione comportamentale e degli interventi di educazione sanitaria per garantire la continuità della frequenza scolastica (Terzoni et al., 2021).

Nel 2018 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) e Federazione Diabete Giovanile per garantire l'assistenza ai bambini diabetici nelle scuole (Terzoni et al., 2021). Il Decreto-legge n. 34 del 9 maggio 2020 ha introdotto la figura dell'infermiere di famiglia, incaricato di potenziare l'assistenza sanitaria sul territorio con compiti come monitorare lo stato di salute dei pazienti, fornire



assistenza domiciliare, educare sulla salute e coordinare le cure. Questo professionista riveste un ruolo fondamentale nel garantire un'assistenza sanitaria completa e di alta qualità, collaborando attivamente con i pazienti e le loro famiglie per migliorare il loro benessere complessivo (Marcadelli et al., 2016; Terzoni et al., 2021). Secondo la National Association of School Nurses (NASN), ogni bambino dovrebbe avere accesso a un infermiere qualificato a tempo pieno durante l'orario scolastico per migliorare la salute e il benessere, favorendo così il rendimento e la frequenza scolastica degli studenti. Gli infermieri di comunità scolastica svolgono un ruolo fondamentale nel collegare scuola, istituzioni sanitarie, famiglie e comunità per migliorare la salute e il benessere dei bambini e dei giovani (Marcadelli et al., 2016; Terzoni et al., 2021). Nella conduzione delle giornate i bambini trascorrono la maggior parte del loro tempo a scuola, lontano dalla supervisione dei genitori, ed è quindi fondamentale la presenza di figure qualificate in grado di assistere e sorvegliare gli studenti (ElSayed et al., 2023; March et al., 2020; Olinder et al., 2022; Terzoni et al., 2021). Questo contribuisce a creare un ambiente scolastico sicuro e a migliorare la qualità di vita, il rendimento scolastico e la salute degli studenti riducendo così il rischio di complicanze correlate al diabete mellito (Almeida et al., 2023; Ergun-Longmire et al., 2021; Hamilton et al., 2017; Lawrence et al., 2022; March et al., 2020; Olinder et al., 2022; Sundberg et al., 2017).

## OBIETTIVO

Lo scopo di questa revisione narrativa della letteratura è quello di esaminare l'efficacia delle strategie di educazione terapeutica e di promozione del self-care fornite da infermieri scolastici per bambini e adolescenti affetti da diabete mellito che frequentano un istituto scolastico, al fine di valutare il loro impatto sulla promozione della salute e sulla qualità di vita.

## METODI

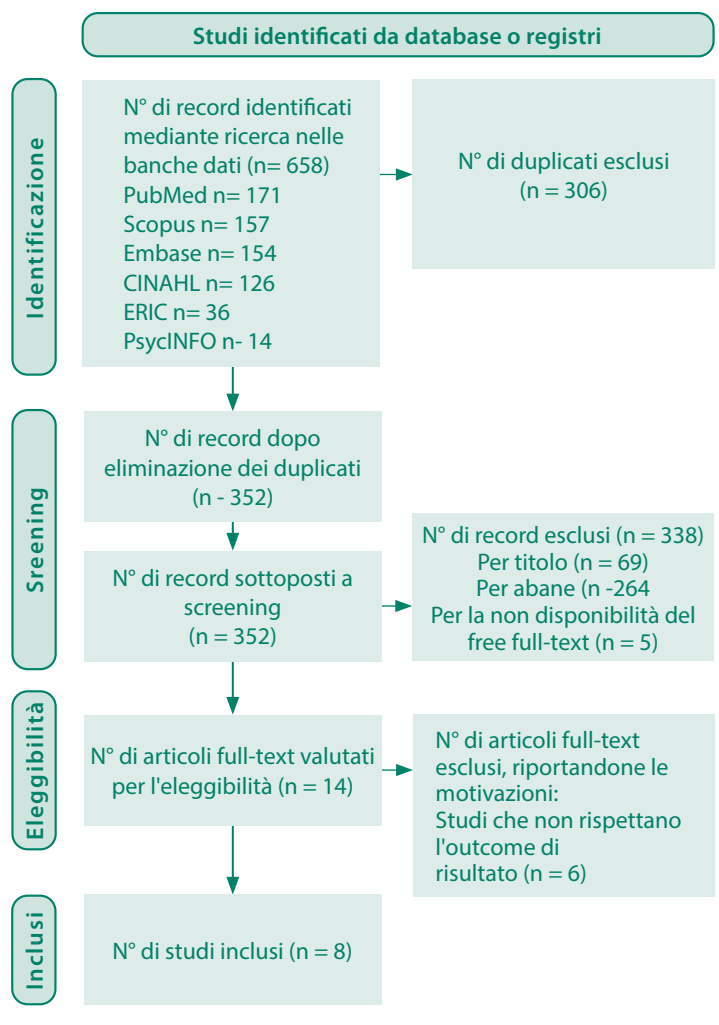
### Disegno di studio e strategia di ricerca

È stata eseguita una revisione narrativa della letteratura mediante la consultazione di banche dati biomediche. Per condurre questa revisione narrativa della letteratura, è stato necessario formulare un quesito di ricerca riguardante le strategie infermieristiche adatte ai contesti scolastici per l'educazione e la promozione del self-care nei bambini e negli adolescenti affetti da diabete mellito.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca e per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche, è stato sviluppato un quesito di ricerca attraverso il metodo P.I.O., che indica le tre variabili Population, Intervention e Outcome (Lazzari, Salvini, Patella, Ausili & Di Mauro, 2015). Successivamente, si riporta la tabella contenente il quesito di ricerca (Tabella 1, riportata sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)).

La ricerca, nella fase specifica della formulazione delle stringhe e consultazione delle banche dati è stata condotta nel mese di Dicembre 2023. Sono state consultate le Banche Dati Biomediche CINAHL, ERIC, Embase, Pubmed, PsycINFO e Scopus formulando ed individuando stringhe specifiche di ricerca mediante la combinazione di

**Figura 1. Diagramma di flusso metodologico di selezione degli articoli**



mesh-terms (MESH) con termini liberi e parole chiave pertinenti come: *diabete mellito, infermiere scolastico, educazione sanitaria, self-care, scuola, studente*.

Successivamente, i termini identificati sono stati combinati tra loro all'interno delle Banche Dati Biomediche utilizzando gli operatori booleani AND e OR. Si presentano due esempi di formulazione delle stringhe effettuate all'interno delle tabelle sotto riportate (Tabella 2 e 3 riportate sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)).

Gli studi reperiti sono stati selezionati secondo criteri di inclusione e di esclusione:

**Criteri di inclusione:**

- Studi pubblicati da 10 anni.
- Studi che arruolino bambini e adolescenti di età 0-18 anni affetti da diabete mellito che frequentano un istituto scolastico
- Studi che implicino l'intervento assistenziale da parte di un infermiere
- Studi disponibili in free full-text
- Studi pubblicati in lingua inglese o italiana

**Criteri di esclusione:**

- Studi il cui PIO non soddisfi il quesito di ricerca
- Studi che arruolino solo insegnanti e genitori
- Studi con impossibilità di reperire il free full-text

## SELEZIONE STUDI E PROCESSO DI RACCOLTA DATI

La selezione degli studi all'interno della revisione è stata condotta utilizzando il PRISMA Flowchart del 2020 (Page et al., 2021). Attraverso l'utilizzo del programma Rayyan, sono stati eliminati i duplicati di tutti gli studi reperiti dalle diverse banche dati e sono stati selezionati gli articoli da includere nella revisione narrativa della letteratura. (Roth, 2022).

Gli studi inclusi in questa revisione sono stati presentati attraverso tavole sinottiche, dalle quali si sono potuti estrapolare i principali dati: disegno dello studio, obiettivo, campione, metodi/strumenti, risultati, conclusioni e bias/limiti.

Le analisi delle critical appraisal sono state effettuate attraverso:

- la "JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research" del 2020 utilizzata per valutare il rigore metodologico degli articoli qualitativi (JBI, 2020a).
- la "JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies" del 2020 impiegata per valutare il rigore metodologico degli articoli quasi sperimentali (JBI, 2020b).
- la checklist "STROBE Statement" del 2008 utilizzata per la valutazione degli studi osservazionali (Von Elm, Altman, Egger, Pocock, Gøtzsche & Vandenbroucke, 2008).

## RISULTATI

Attraverso il processo di interrogazione delle Banche Dati sono stati identificati complessivamente 658 articoli. Nello specifico, sono stati individuati 126 articoli su CINAHL, 157 articoli su Scopus, 36 articoli su ERIC, 14 articoli su PsycINFO, 154 articoli su Embase e 171 articoli su Pubmed.

Il processo di selezione è stato condotto seguendo la metodologia PRISMA (Page et al., 2021), rappresentato attraverso il diagramma di flusso (Figura 1), avente lo scopo di illustrare il processo di selezione dei record effettuato durante le diverse fasi della revisione. Pertanto, dagli articoli selezionati, sono stati eliminati i 306 articoli duplicati presenti in più banche dati, ottenendo così un totale di 352 articoli da analizzare. Dalla lettura del titolo degli articoli inclusi, 69 record sono stati eliminati, in quanto non ritenuti pertinenti all'argomento della ricerca.

A seguire sono stati letti gli abstract dei 283 articoli rimanenti, escludendone 264, per la mancata coerenza con i criteri di inclusione dello studio. Altri 5 articoli sono stati esclusi per l'impossibilità di reperire il free full text. Sono stati esaminati i full-text di 14 articoli, di cui 6 sono stati esclusi per outcome non pertinente. Sono stati quindi inclusi un totale di 8 articoli che rispondevano al quesito di ricerca dello studio. I risultati ottenuti riguardano pubblicazioni nel periodo compreso tra il 2018 e il 2023.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Dall'analisi dei dati raccolti emerge l'importanza del ruolo dell'infermiere scolastico nella gestione del diabete mellito tra i bambini e gli adolescenti. Valutando i risultati è possibile individuare i diversi ambiti in cui l'infermiere scolastico possa svolgere un ruolo fondamentale nell'educazione e nella gestione del diabete mellito in ambito

scolastico. Le tematiche emergenti risultano essere: l'educazione verso l'alimentazione, l'attività fisica e la gestione dello stress legati al diabete mellito. Queste tematiche risultano fondamentali per la prevenzione e la gestione del diabete mellito nei bambini e negli adolescenti (Best et al., 2021; Geria & Beitz, 2018; Mourão, Sedlmaier, Pires & Borges, 2023; Wilt, 2021).

Il supporto infermieristico nel contesto scolastico è risultato fondamentale per favorire la socializzazione tra compagni e per contribuire al raggiungimento di risultati scolastici ottimali risultando a loro volta fondamentali nell'autorealizzazione dei bambini e degli adolescenti affetti da questa condizione (Best et al., 2021; Mourão et al., 2023). A supporto dell'importanza della socializzazione, dell'autorealizzazione e della gestione da parte dei bambini e degli adolescenti di un corretto stile di vita ritroviamo lo studio di Beran (2014) che indica come il non soddisfare i bisogni di appartenenza, stima e autorealizzazione porti a uno scarso benessere sociale e a problemi di salute.

Le metodologie adottate risultano essere differenti in base ad obiettivo ed età dei partecipanti. Sono state presentate attività come l'utilizzo di spettacoli interattivi, giochi dinamici di tipo "vero-falso" (Mourão et al., 2023), programmi educativi di gruppo, consulenza individuale o di gruppo (Best et al., 2021; Wilt, 2021). Inoltre, sono state proposte strategie di gestione specifica basate sulla supervisione della somministrazione di insulina e sul monitoraggio della glicemia (Wilt, 2021), in aggiunta all'implementazione di un programma di prevenzione del diabete mellito (con esempi di alimenti adatti all'età e suggerimenti per l'attività fisica), attuato anche con i compagni di classe sani con miglioramenti significativi delle competenze e coinvolgimento dei compagni malati nelle attività in aula (Geria et al., 2018).

I miglioramenti osservati includono un aumento dell'autoefficacia per un'alimentazione sana (Geria et al., 2018) e per l'attività fisica (Geria et al., 2018), una maggiore conoscenza e una migliore selezione di alimenti salutari (Geria et al., 2018; Mourão et al., 2023; Wilt, 2021). Invece, rispetto alla gestione individuale, è stata riscontrata una miglior autoefficacia con scelta e adattamento delle dosi di insulina in relazione ai pasti o all'attività fisica (Best et al., 2021; Mourão et al., 2023; Wilt, 2021) ed una maggiore comprensione del corretto conteggio dei carboidrati (Best et al., 2021). Gli studi analizzati mostrano quanto il ruolo dell'infermiere scolastico sia fondamentale nel migliorare la gestione del diabete mellito e le conoscenze riguardanti uno stile di vita sano tra bambini e adolescenti. Dai dati analizzati e presentati in Tabella 4 (riportata sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)) emerge che l'utilizzo di diverse strategie educative porti a significativi miglioramenti negli outcome di gestione e nelle conoscenze degli studenti.

Si rilevano esperienze, presentate all'interno della Tabella 5 (riportata sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)), dove l'aumento del numero di infermieri scolastici impiegati a tempo pieno nel corso degli anni, hanno portato ad un miglioramento del rapporto infermieri/studenti, evidenziando l'importanza crescente di questa figura nelle scuole (Best et al., 2021; Wilt, 2021).

Nella Tabella 6 (riportata sul sito [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)) vengono presentati i benefici derivanti dal ruolo educativo infermieristico. Si riscontra come i genitori abbiano mostrato un apprezzamento significativo per la presenza dell'infermiere scolastico, considerandola estremamente utile nella gestione della salute dei loro figli (Wilt, 2022). Emerge come le istruzioni e i supporti forniti dall'infermiere scolastico abbiano portato a miglioramenti



notevoli nei punteggi di risultato Nursing Outcomes Classification (NOC) relativi alla somministrazione corretta dell'insulina, alla gestione dietetica e al monitoraggio della glicemia nel sangue (Nombela-Franco et al., 2023; Wilt, 2021). Inoltre, l'infermiere scolastico ha fornito indicazioni pratiche e consulenza sanitaria, contribuendo significativamente all'educazione degli studenti sul diabete mellito e al miglioramento delle loro abilità di autogestione (Best et al., 2021; Geria et al., 2018). La presenza dell'infermiere scolastico ha quindi aumentato la sicurezza e la soddisfazione dei genitori riguardo alla gestione della malattia dei loro figli. (Nombela-Franco et al., 2023; Wilt, 2022). Gli interventi educativi, le informazioni e le esercitazioni pratiche sulla promozione della sicurezza hanno migliorato la comprensione tra i bambini e tutta la rete sociale scolastica. L'infermiere scolastico ha infatti fornito sostegno emotivo e pratico alle famiglie ed ai docenti degli studenti affetti da diabete mellito, migliorando così la qualità delle relazioni nel complesso delle reti sociali scolastiche (Best et al., 2021; McCollum & O'Grady, 2019; Mourão et al., 2023; Sahun, Camara, Gething, Shenck, Gane & Tse, 2020; Wilt, 2022).

Analizzando complessivamente i dati dello studio emerge che l'efficacia delle strategie di educazione terapeutica (Best et al., 2021; Geria et al., 2018; Mourão et al., 2023; Nombela-Franco et al., 2023; Wilt, 2021; Wilt, 2022) e di promozione del self-care (McCollum et al., 2019; Nombela-Franco et al., 2023; Sahun et al., 2020; Wilt, 2021; Wilt, 2022) fornite da infermieri scolastici implementino con outcome positivi la promozione della salute (Best et al., 2021; Geria et al., 2018; Mourão et al., 2023; Wilt, 2021) e la qualità di vita in merito a socializzazione (Mourão et al., 2023) ed al rendimento scolastico (Best et al., 2021).

La figura dell'infermiere scolastico si rivela essere di cruciale importanza non solo per i bambini e gli adolescenti affetti da diabete mellito, ma anche per i loro genitori, i compagni di classe e il personale scolastico (Best et al., 2021; Mourão et al., 2023; Nombela-Franco et al., 2023; Wilt, 2021; Wilt, 2022). Infatti, il suo ruolo non si limita alla gestione diretta della patologia, ma si estende alla promozione della consapevolezza, all'assistenza emotiva e alla creazione di un ambiente scolastico favorevole. (Geria et al., 2018; Mourão et al., 2023; Nombela-Franco et al., 2023;).

## LIMITI

Il limite riscontrato nell'esecuzione del lavoro è stato in primo luogo, il riscontro di studi e risultati complessivi non effettuati in un contesto italiano. Sarebbe quindi importante implementare e coinvolgere gli infermieri all'interno delle organizzazioni scolastiche italiane, per fornire educazione terapeutica agli studenti fin dalla giovane età, promuovendo uno stile di vita sano attraverso programmi educativi dedicati all'alimentazione ed all'attività fisica. La presenza degli infermieri nelle scuole potrebbe essere fondamentale per gestire emergenze sanitarie e fornire supporto ai bambini con patologie croniche attraverso piani di assistenza individualizzati, assicurando così un percorso di studio ottimale. Questa revisione ha incluso studi che variano in termini di qualità metodologica, influenzando la solidità complessiva delle conclusioni e dove in ambito estero si riscontra un ruolo infermieristico nelle scuole già consolidato.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:** [www.italianjournalofnursing.it](http://www.italianjournalofnursing.it)



[italianjournalofnursing.it](http://italianjournalofnursing.it)