

IJN

**GIORNALE ITALIANO
DI INFERMIERISTICA**

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

ISSN 2420-8248



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA

**ITALIAN
JOURNAL
OF NURSING**

N.4/2025

**Unaffordable
health costs?**

**WE'RE
SICK
OF IT!**



12 DICEMBRE

Giornata mondiale della Copertura Sanitaria Universale

La copertura sanitaria universale esiste solo se esistono gli infermieri.

OVUNQUE. PER TUTTI.

Organo ufficiale di stampa

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB

Direttori Editoriali ad interim: Valentina Spedale e Tiziana Nania.

Direttore Responsabile ad interim: Elisa Crotti.

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

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

Coordinamento grafico: OFFICINA RÉCLAME srl

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

Invio di articoli da parte degli autori: Gli autori degli articoli devono attenersi scrupolosamente alle norme editoriali IJN consultabili al link: <https://italianjournalofnursing.it/norme-editoriali/>. Ciascun autore è responsabile di inviare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Ogni autore è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Tutti i contributi devono essere inviati tramite email alla segreteria redazione@opimilomb.it.

Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di chiedere revisioni, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi ad IJN, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del

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

Editoriale

3 Tracciate le nuove rotte della professione infermieristica: ma prepararsi al cambiamento non basta

New routes have been charted for the nursing profession – but preparing for change is not enough

Pasqualino D'Aloia

Attualità e professione

4 Copertura sanitaria universale: una promessa che passa anche dagli infermieri

Universal Health Coverage: a promise that also depends on nurses

Elisa Crotti

Focus di Approfondimento

5 Cateteri venosi periferici (CVP)

Peripheral Venous Catheters (PVC)

Dario D'Amata, Stefano Elli

Pubblicazioni

7 Gestione del Disturbo dell'Immagine Corporea conseguente al trattamento dei tumori testa-collo: revisione narrativa della letteratura

Management of body image disturbance following head and neck cancer treatment: a narrative review of the literature

Alessia Sorrenti, Vanessa Mognato, Roberto Accardi, Jesus Francisco Javier Leon Garcia

15 Strategie di gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso: un'Umbrella Review

Management Strategies for Emergency Department Overcrowding: An Umbrella Review

Sara Mezini, Laura Regazzoni, Roberta Rapetti

22 L'age management infermieristico: una revisione narrativa

The age management of nursing: a narrative review

Luca Mincone, Serenella Mennilli, Francesca Cerratti, Ludovica Robuffo

36 Modelli e strategie per l'implementazione delle evidence-based practices per infermieri in ambito clinico: una Scoping Review

Models and Strategies for Implementing Evidence-Based Practices for Nurses in Clinical Settings: A Scoping Review

Martina Anceschi, Giulia Villa, Andrea Poliani, Ilaria Marcomini, Debora Rosa, Chiara Adele Pozzi, Duilio Fiorenzo Manara

Storia della Professione

43 Mani che curano, menti che guidano: il sogno di Ersilia Bronzini Majno

Hands that heal, minds that guide: Ersilia Bronzini Majno's dream

Alberto Strano, Maria Luisa Pancheri, Anna La Torre

Pagina Fotografica

49 Foto di Giuseppe Prinziavalli

**Pasqualino D'Aloia**

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

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

Tracciate le nuove rotte della professione infermieristica: ma prepararsi al cambiamento non basta

*New routes have been charted for the nursing profession –
but preparing for change is not enough*

Ci sono anni che non fanno rumore: non portano risultati immediatamente visibili, non risolvono i problemi, non regalano titoli rassicuranti. Sono anni in cui, sotto la superficie, il terreno viene misurato e sondato. Anni in cui non si costruisce ancora, ma si disegnano le mappe. Il 2025, per la professione infermieristica, è stato uno di questi.

Un anno complesso, attraversato da difficoltà strutturali ormai note: carenza di personale, pressione assistenziale crescente, riconoscimenti ancora insufficienti. Eppure, proprio mentre il cammino sembrava farsi più faticoso, **sono state tracciate rotte fondamentali per il futuro della professione.**

La prima riguarda la **formazione**. Con l'avvio delle lauree a indirizzo clinico – Cure Primarie e Sanità Pubblica, Cure Pediatriche e Neonatali, Cure Intensive ed Emergenza – si compie un passaggio atteso da anni. Non si tratta di un semplice ampliamento dell'offerta formativa, ma di un **cambio di paradigma**: competenze avanzate, ruoli chiari, responsabilità definite. È un segnale forte, che dice una cosa semplice, ma decisiva: la professione infermieristica non è statica, evolve; e chiede di essere messa nelle condizioni di farlo.

In parallelo, si sta delineando il quadro normativo sul **riordino delle professioni infermieristiche e dell'area di supporto**. Il disegno di legge oggi in discussione va nella direzione di una ridefinizione dei ruoli, con l'introduzione della figura dell'assistente infermiere e un riassetto complessivo degli OSS. È un passaggio delicato, che richiede equilibrio e visione, ma che riconosce finalmente la necessità di un'organizzazione più coerente dei processi assistenziali. Non per sostituire, ma piuttosto per integrare. Non per semplificare al ribasso, ma per rendere il sistema più leggibile, sicuro e sostenibile.

C'è poi un tema meno visibile, ma altrettanto strategico: il **linguaggio**. Oggi l'assistenza infermieristica continua a essere raccontata in modo frammentato, spesso invisibile nei sistemi di rilevazione. Serve un linguaggio standardizzato, condiviso a livello nazionale, **capace di identificare e valorizzare le attività infermieristiche**, così come i DRG hanno fatto per l'atto medico. Finché l'infermieristica verrà letta solo come un costo e non come un valore misurabile, il sistema continuerà a perdere una parte essenziale della sua intelligenza.

Se il 2025 ha disegnato la mappa, il 2026 potrebbe essere l'anno della svolta. A una condizione, però: evitare scorciatoie pericolose. Il ricorso agli infermieri in deroga, autorizzati da norme emergenziali come il cosiddetto "Salva Italia", apre una frattura profonda. Consentire l'esercizio senza il controllo degli Ordini – che sono enti sanzionatori dello Stato, non un orpello burocratico – significa **indebolire le garanzie per i cittadini e per la professione stessa**. Se queste sono le risorse su cui si pensa di reggere il sistema, forse è legittimo chiedersi se non si stia accettando un arretramento. Il caso San Raffaele insegna che, senza controlli, il rischio non è teorico.

Prepararsi al cambiamento non basta. Serve fare di più: come Ordini, come istituzioni, come professionisti. Serve presidiare i confini della professione, garantire qualità, sicurezza e trasparenza, assumersi fino in fondo la responsabilità del ruolo che rappresentiamo. Perché le mappe, da sole, non bastano: vanno percorse. E vanno percorse con competenza, coraggio e responsabilità. Solo così le rotte tracciate potranno diventare il nostro futuro. Buon lavoro,

Pasqualino D'Aloia

Elisa CrottiDirettore Responsabile
Editor-in-Chief

Copertura sanitaria universale: una promessa che passa anche dagli infermieri

Universal Health Coverage: a promise that also depends on nurses

Il 12 dicembre si è celebrata la *Giornata mondiale della Copertura Sanitaria Universale*, istituita dalle Nazioni Unite nel 2017 per richiamare governi, istituzioni e professionisti sanitari a un obiettivo tanto ambizioso quanto necessario: garantire a tutte le **persone l'accesso ai servizi sanitari essenziali, di qualità, senza difficoltà economiche**.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage, UHC) si fonda su due pilastri inscindibili: la **disponibilità effettiva dei servizi sanitari** lungo tutto il continuum di cura – dalla prevenzione alla riabilitazione – e la **protezione finanziaria**, affinché il bisogno di salute non si trasformi in impoverimento.

Negli ultimi vent'anni, e in particolare nel contesto europeo, i sistemi sanitari hanno compiuto progressi significativi in termini di accesso e qualità delle cure. Tuttavia, nell'ultimo decennio sono emerse nuove criticità. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali e il crescente ricorso alla spesa sanitaria diretta hanno rallentato il cammino verso una copertura realmente universale. Anche in Europa, dove i livelli medi di assistenza restano elevati, persistono fenomeni di rinuncia alle cure, liste d'attesa prolungate e fragilità nell'assistenza territoriale.

In questo scenario complesso, il contributo della **professione infermieristica** è strategico. Gli infermieri operano in tutti i livelli del sistema sanitario e rappresentano un punto di connessione essenziale tra prevenzione, assistenza e continuità delle cure. Dalla promozione della salute alla gestione della cronicità, dall'assistenza domiciliare alla presa in carico delle persone fragili, la pratica infermieristica contribuisce concretamente a rendere l'UHC un obiettivo praticabile e sostenibile.

Rafforzare la copertura sanitaria universale significa, inevitabilmente, **investire sulle competenze infermieristiche**, valorizzarne l'autonomia professionale e riconoscerne il ruolo nella pianificazione dei servizi. Senza infermieri adeguatamente formati, presenti e messi nelle condizioni di agire, la copertura sanitaria universale rischia di restare una dichiarazione di principio.

Per chi esercita la professione infermieristica, questa giornata non è solo una ricorrenza simbolica, ma un richiamo identitario: **la copertura sanitaria universale passa anche, e soprattutto, dal lavoro quotidiano degli infermieri**, ovunque essi operino e per ogni persona assistita.



Dario D'Amata

Coordinatore Chirurgia Toracica e Vascolare
Infermiere Team Accessi Vascolari
Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Stefano Elli

Responsabile Infermieristico
Team Accessi Vascolari
Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Cateteri venosi periferici (CVP)

Peripheral Venous Catheters (PVCs)

Nel contesto della terapia endovenosa, la corretta identificazione e classificazione dei cateteri venosi periferici è fondamentale per garantire un utilizzo appropriato dei dispositivi e ridurre il rischio di complicanze. La classificazione dei cateteri venosi periferici (CVP) si basa principalmente sulla loro lunghezza e sulla posizione finale della punta del catetere. In base alla classificazione proposta dalla consensus **ERPIUP** (Pittiruti et al., 2021) e successivamente adottata dal progetto **NAVIGATE** di WoCoVA e GloVAnet (Van Rens et al., 2024), distinguiamo tre tipologie principali: **SPC (Short Peripheral Catheter)**, **LPC (Long Peripheral Catheter)**, e **Midline Catheter**.

Gli **SPC**, o Short Peripheral Catheters, sono i cateteri periferici più comuni, conosciuti normalmente con il gergo di ago-cannula. Hanno una lunghezza inferiore ai 6 cm e vengono tipicamente inseriti in vene superficiali degli arti superiori, in particolare a livello del dorso della mano o dell'avambraccio (Alexander, Gorski and Nickel, 2024). Sono utilizzati per infusioni a breve termine e per somministrare soluzioni isotoniche o farmaci non vescicanti. Gli SPC possono essere semplici oppure integrati, cioè dotati di prolunghe, connettori needle-free e sistemi di sicurezza anti-puntura. Nonostante la loro diffusione, presentano tassi di fallimento elevati, con complicanze quali flebiti, occlusioni e dislocazioni (Moureau, 2024).

I **Long Peripheral Catheters (LPC)**, chiamati impropriamente anche *mini-midline* o *short midline*, hanno una lunghezza compresa tra 6 e 15 cm. Sono destinati a una durata fino a 4 settimane (Pittiruti et al., 2021). Rispetto agli SPC, permettono una maggiore stabilità, una riduzione delle complicanze locali e una migliore tolleranza da parte del paziente. Gli LPC vengono inseriti solitamente in vene più profonde dell'avambraccio con tecnica ecoguidata, garantendo un miglior posizionamento e riducendo il numero di tentativi falliti nei pazienti con accesso difficile (DIVA) (Alexander, Gorski and Nickel, 2024). Sono ideali per terapie ripetute o per pazienti che richiedono infusioni frequenti, ma non aggressive per l'endotelio venoso, quindi compatibili con la vena periferica.



I **Midline Catheters** hanno una lunghezza superiore ai 15 cm e la loro punta si colloca a livello della vena ascellare toracica o della vena succlavia, ma sempre al di fuori del sistema venoso centrale (quindi non nella vena cava superiore) (Van Rens et al., 2024). Sono indicati per trattamenti con farmaci compatibili con la vena periferica che durano fino ai tre/quattro mesi (Moureau, 2024). L'inserimento dei Midline richiede sempre l'utilizzo dell'ecografia, spesso con tecnica Seldinger modificata, e prevede un monitoraggio più attento per evitare complicanze come la trombosi venosa. È essenziale evitare l'uso dei Midline per infusioni di soluzioni vescicanti, iperosmolari (>900 mOsm/l), o con pH estremo, in quanto la loro somministrazione in via periferica potrebbe danneggiare l'endotelio (Alexander, Gorski and Nickel, 2024), causando fenomeni di trombosi venosa profonda che richiedono terapia scoagulante.

È necessaria una precisazione riguardo ai cateteri venosi posizionati nella fossa inguinale attraverso la vena femorale, comunemente utilizzati in situazioni di emergenza. Questi dispositivi, della lunghezza media di circa 20 cm, sono spesso identificati erroneamente come cateteri venosi centrali (CVC), in quanto impiegano lo stesso tipo di device utilizzato per la cannulazione della vena giugulare interna, della succlavia o dell'ascellare toracica. Tuttavia, tale definizione è impropria: la punta di questi cateteri si posiziona nella vena iliaca, che non rientra nella definizione anatomica di vaso centrale (Pittiruti et al., 2021). Per questo motivo, tali cateteri devono essere correttamente classificati come **cateteri venosi periferici ad inserzione femorale**.

Dal punto di vista clinico, questa distinzione ha implicazioni importanti: questi dispositivi dovrebbero essere utilizzati esclusivamente per la somministrazione di farmaci compatibili con l'infusione periferica. Inoltre, considerando che la sede di inserzione – la fossa inguinale – è un'area ad alto rischio di contaminazione microbiologica, è raccomandata la rimozione del catetere entro 24-48 ore dal posizionamento, sostituendolo il prima possibile con un dispositivo a minore rischio infettivo (Alexander, Gorski and Nickel, 2024).

In conclusione, la distinzione tra SPC, LPC e Midline non è solo una questione di lunghezza del dispositivo, ma riflette anche differenze cliniche rilevanti nelle indicazioni, nelle modalità di inserzione e nel profilo di sicurezza. Una corretta classificazione e un'adeguata formazione degli operatori sanitari sul loro utilizzo rappresentano una strategia essenziale per migliorare gli esiti clinici, ridurre i costi legati alle complicanze e preservare il patrimonio vascolare del paziente (Moureau, 2024).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Alessia Sorrenti

Fondazione IRCCS Ca' Granda –
Ospedale Maggiore Policlinico
Infermiere Tutor Didattico Corso di
Laurea in Infermieristica

Vanessa Mognato

Gruppo San Donato
Infermiere

Roberto Accardi

Fondazione IRCCS Ca' Granda –
Ospedale Maggiore Policlinico
Direttore Didattico Corso di Laurea
in Infermieristica

Jesus Francisco Javier Leon Garcia

Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale
Maggiore Policlinico
Infermiere Tutor Didattico Corso di Laurea
in Infermieristica

Gestione del Disturbo dell'Immagine Corporea conseguente al trattamento dei tumori testa-collo: revisione narrativa della letteratura

*Management of body image disturbance following head and
neck cancer treatment: a narrative review of the literature*

ABSTRACT**Introduzione**

Il *Body Image Disturbance* è un fenomeno frequente nei soggetti che hanno subito un trattamento chirurgico per un tumore, in quanto può causare deturpazione e disfunzioni psicologiche e fisiche. Tuttavia, il supporto ricevuto nella fase precedente e successiva all'intervento chirurgico influisce fortemente sulla possibilità di prevenire e gestire la problematica in questione.

Obiettivo

Mappare gli interventi che prevengono il *Body Image Disturbance* e identificare quelli a gestione infermieristica.

Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura. La ricerca, supportata da un bibliotecario esperto, ha coinvolto i database Medline, PsycInfo, Scopus, Embase e Cinahl. Sono stati stabiliti criteri di inclusione ed esclusione per la selezione degli studi, utilizzando il sistema di revisione Rayyan per lo screening.

Risultati

La revisione ha incluso 9 articoli, evidenziando tre macroaree di intervento: psicologica (terapia cognitivo-comportamentale e counselling), assistenziale (educazione alla *self-efficacy* e scrittura terapeutica) e riabilitazione cosmetica. Questi interventi sembrano mostrare risultati promettenti nella riduzione dell'impatto del BID.

Conclusioni

Gli interventi psicologici (BRIGHT e counselling) sembrano aver contribuito a ridurre l'isolamento sociale, l'ansia e la depressione. L'intervento di scrittura terapeutica aumenta il senso di autocompassione, mentre l'educazione alla *self-efficacy* non è stata ancora testata. Gli interventi cosmetici pare non abbiano mostrato una significativa efficacia. Nonostante i limiti degli studi, si afferma che l'infermiere può avere un ruolo importante nella prevenzione e gestione del *Body Image Disturbance*. È necessario effettuare una mappatura sistematica degli interventi esistenti e analizzare le loro qualità, oltre a confermare l'efficacia degli interventi infermieristici e testarne di ulteriori.



Parole Chiave

Head and neck cancer, body image, body dissatisfaction, dysmorphic disorder, nursing care.

ABSTRACT**Introduction**

Body Image Disturbance is a common phenomenon in individuals who have undergone surgical treatment for a tumor, as it can cause disfigurement and both psychological and physical dysfunctions. However, the support received before and after surgery greatly influences the ability to prevent and manage BID. The literature reports multiple multidisciplinary treatment proposals, thus this study aims to map these interventions and identify those managed by nurses.

Methods

A narrative review of the literature was conducted. The search, assisted by an experienced librarian, involved the Medline, PsycInfo, Scopus, Embase, and Cinahl databases. Inclusion and exclusion criteria were established for study selection, and Rayyan review system was used for screening.

Results

The review included 9 articles, highlighting three main intervention areas: psychological (cognitive-behavioral therapy and counseling), nursing (self-efficacy education and therapeutic writing), and cosmetic rehabilitation. These interventions appear to show promising results in reducing the body image disturbance impact.

Conclusions

Psychological interventions (BRIGHT and counseling) seem to have contributed to reducing social isolation, anxiety, and depression. The therapeutic writing intervention increases self-compassion, while self-efficacy education has yet to be tested. Cosmetic interventions seem to show limited effectiveness. Despite the study limitations, it is stated that nurses can play an important role in preventing and managing the body image disturbance. A systematic mapping of existing interventions is needed, along with an analysis of their quality, as well as confirmation of the effectiveness of nursing interventions and further testing.

Keywords

Head and neck cancer, body image, body dissatisfaction, dysmorphic disorder, nursing care.

INTRODUZIONE

Il disturbo dell'immagine corporea, (in inglese "*Body Image Disturbance*", e di seguito BID) è definito come il cambiamento percepito nell'aspetto di un individuo il cui esito sono il dispiacere ed disagio psicologico (Henry et al., 2022). Per le persone che hanno subito un intervento chirurgico finalizzato al trattamento di un tumore sito nei distretti della testa e del collo, il BID è un fenomeno diffuso a causa della deturpazione e alla disfunzionalità dovuta alla rimozione di tessuti molli, nervi od ossa, incisioni visibili ed alterazioni nella capacità di replicare espressioni facciali, determinando un disagio per la persona (Henry et al., 2022; Ivanova et al., 2023; Ellis et al., 2019).

Tali cambiamenti richiedono importanti riadattamenti nella funzionalità fisica, nella quotidianità e nei ruoli di vita perché influenzano l'identità e le relazioni interpersonali determinando implicazioni psicosociali negative quali ansia e depressione che in alcuni casi possono condurre persino a ideazione suicidaria (Henry et al., 2022; Ivanova et al., 2023; Ellis et al., 2019; Manier et al., 2018; Osazuwa-Peters et al., 2018).

Nonostante il supporto sociale e l'accettazione razionale positiva basata sull'autocura possano modellare positivamente l'immagine corporea o attenuarne le conseguenze negative, esitando nella riacquisizione della propria autonomia e autostima (Ellis et al., 2019); la letteratura mostra che l'assistenza infermieristica che si riceve nel periodo pre e post operatorio ha un forte impatto sull'instaurarsi o meno di tale problematica (Manne et al., 2022). Sebbene siano documentati gli esiti negativi di una mancata presa in carico delle conseguenze derivanti dalla deturpazione (Manier et al., 2018; Osazuwa-Peters et al., 2018; Ellis et al., 2019; Henry et al., 2022; Ivanova et al., 2023), la pianificazione assistenziale di interventi relativi alla prevenzione e gestione del disagio correlato alla deturpazione sembra essere sottostimato e sotto trattato dall'equipe di cura (Ranaut, Pareek and Samual, 2024). Infatti, soprattutto durante la preparazione all'intervento chirurgico il focus assistenziale è mirato agli aspetti pratici ma nessuna o diminuita attenzione è posta riguardo ai risultati estetici, la deturpazione o l'impatto psicosociale per l'aspetto alterato che ne consegue (Gibson et al., 2021).

Dal momento che l'elemento chiave nella prevenzione e gestione del BID è correlato all'assistenza pre e post operatoria ed agli interventi attuati o mancati, l'infermiere sembra essere una figura di principale importanza nella prevenzione (Gibson et al., 2021; Manne et al., 2022; Nikita, Rani and Kumar, 2022; Ranaut, Pareek and Samual, 2024), intercettazione precoce, gestione del BID (Manne et al., 2022) e identificazione precoce di un mancato adattamento emotivo alla deturpazione (Manne et al., 2022; Nikita, Rani and Kumar, 2022).

Si può, dunque, affermare che la letteratura è eterogenea in relazione al trattamento del BID e propone molteplici interventi eterogenei, anche dal punto di vista professionale.

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è quello di mappare gli interventi che prevengono il Body Image Disturbance e identificare quali interventi infermieristici vengono attuati al fine di prevenire e trattare tale disturbo.

METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Sono stati utilizzati i criteri FINER che hanno guidato la scelta della tematica. La domanda di ricerca che ha guidato lo screening bibliografico preliminare è stata: "Quali sono gli interventi infermieristici presenti in letteratura per prevenire o trattare il Body Image Disturbance derivato da interventi medici o chirurgici per il trattamento dei tumori testa-collo?" Per strutturare tale quesito è stato utilizzato il framework PICO riportato nella tabella 1.

Tabella 1. Framework PICO.

Popolazione (P)	Persone con esiti di trattamento di tumore testa-collo
Intervento (I)	Interventi per prevenire o trattare il disturbo dell'immagine corporea
Confronto (C)	Usual Care
Esito (O)	Prevenzione o miglioramento del disturbo

La ricerca bibliografica è stata supportata da un bibliotecario esperto e le stringhe di ricerca sono state formulate a partire dal seguente quesito narrativo: "Quali sono gli interventi per prevenire il disturbo dell'immagine corporea nelle persone con esiti di trattamento di tumore testa- collo? Quali tra questi può attuare l'infermiere?". Sono state interrogate le seguenti banche dati: Cinahl, Scopus, Embase, PsycInfo, Medline. La ricerca è stata condotta nel mese di giugno 2024. La strategia di ricerca adottata è riportata in Appendice 1.

Sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione: persone che hanno subito un trattamento medico o chirurgico o combinato per trattare un tumore dei distretti della testa o del collo, in particolare rinofaringe, orofaringe, ipofaringe, laringe, cavo orale, fosse nasali, seni paranasali, ghiandole salivari, collo, tiroide; persone con esito visibile e deturpante del volto o del collo; nessun limite relativo al professionista che conduceva l'intervento per il trattamento del BID; persone che presentano un BID; adulti di età > 18 anni; articoli svolti in lingua italiana, inglese, francese, spagnolo; studi primari.

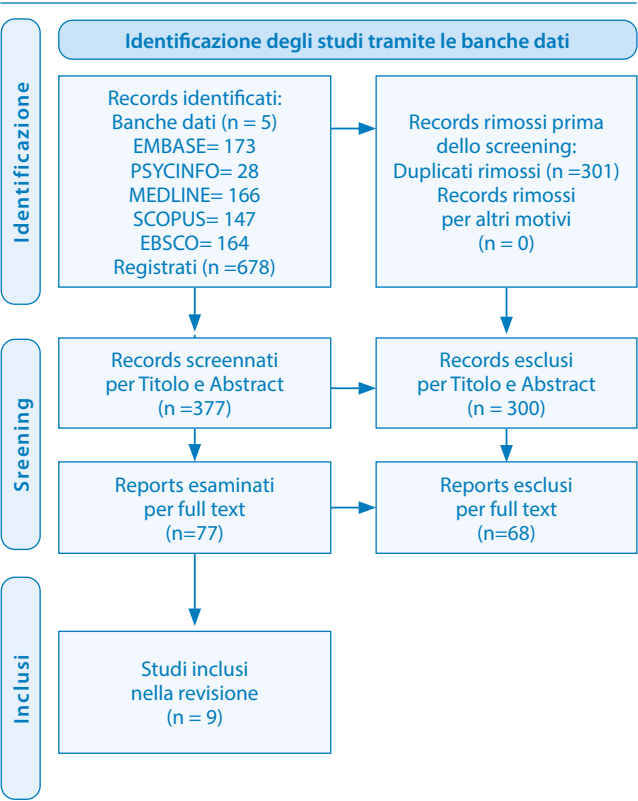
I criteri di esclusione previsti riguardavano: pazienti con età < 18 anni; persone con diagnosi differente da tumore del distretto testa-collo; studi di revisione, studi di validazione e case report; studi con abstract e/o full text non reperibile; studi scritti in lingua diversa da italiano, inglese, francese e spagnolo.

Non sono stati inseriti limiti temporali per l'estrazione degli articoli. Il sistema di revisione "Rayyan" è stato inoltre utilizzato durante tutte le fasi di screening. Gli articoli per i quali era presente un disaccordo sono stati esaminati da un terzo revisore.

RISULTATI

Dalla ricerca delle banche dati sono stati estratti un totale di 678 records. Il processo di selezione degli articoli è stato descritto utilizzando il PRISMA Flow Diagram, vedi figura n1.

Figura 1: PRISMA Flow Diagram



Sono state estratte le caratteristiche degli studi inclusi quali autori, anno di pubblicazione, provenienza degli studi e lo scopo. È stato inoltre valutato il disegno di studio, le caratteristiche del campione, l'intervento proposto, il professionista coinvolto e gli esiti ottenuti sui pazienti.

Dalla revisione della letteratura è emerso che gli interventi disponibili: psicologica, cosmetica e infermieristica, come suddivisi e mostrati in Tabella 2.

Le aree di intervento emerse per il trattamento del BID sono molteplici e comprendono la terapia cognitivo-comportamentale (Graboyes et al., 2023, 2024, 2025), la psicoeducazione (Chopra et al., 2024), la riabilitazione cosmetica (Huang and Liu, 2008; Chen et al., 2017) e interventi infermieristici come la scrittura riflessiva (Melissant et al., 2021) e l'educazione terapeutica (Katz, Irish and Devins, 2004; Turner et al., 2014).

Tabella 2. Suddivisione degli interventi per ambito disciplinare, tipo di intervento e outcome dell'intervento.

Autori, Anno di pubblicazione	Intervento	Outcome
Graboyes et al., 2023, 2024, 2025	Terapia Cognitivo Comportamentale; Bright	Riduzione Coping evitante, ansia e stigma sociale BID associato
Chopra et al., 2023	Terapia Cognitivo Comportamentale; Bright; Counselling	Riduzione Coping evitante, ansia e stigma sociale BID associato
Chen et al., 2017	Cosmesi	Maggior soddisfazione per l'aspetto fisico
Huang et al., 2008	Cosmesi	Maggior soddisfazione per l'aspetto fisico
Katz et al., 2023	Educazione Terapeutica	Miglior soddisfazione per l'aspetto fisico, riduzione dell'ansia
Turner et al., 2014	Educazione Terapeutica; HNCP	Risultati non disponibili, protocollo di studio
Melissant et al., 2021	Narrazione	Miglioramento della gentilezza verso sé stessi, riduzione dei pensieri negativi associati all'aspetto fisico

Terapia cognitivo comportamentale

BRIGHT è un intervento di terapia cognitivo comportamentale breve, proposto da Graboyes et al, ed effettuato da uno psicologo opportunamente formato si concentra sulla psicoeducazione riguardo il modello cognitivo dell'immagine corporea e sull'automonitoraggio di pensieri, sentimenti e comportamenti relativi ad essa. Inoltre, include la ristrutturazione cognitiva per sfidare i pensieri automatici non utili, l'insegnamento di strategie positive di coping e il mantenimento delle acquisizioni per prevenire le ricadute. Le analisi statistiche indicano una riduzione del coping evitante a un mese post-intervento a 3 mesi post intervento, supportando l'idea che ridurre il coping disfunzionale sia fondamentale per il miglioramento del BID (Graboyes et al., 2023, 2024, 2025).

Counselling

Chopra et al. (2024) hanno progettato e sperimentato un intervento di counseling che si è concentrato su psicoeducazione, mindfulness e rilassamento, promuovendo l'accettazione del corpo e la gestione delle convinzioni errate sull'immagine corporea; includendo inoltre ristrutturazione cognitiva, attività per migliorare l'autostima e formazione su abilità sociali e comunicative. Tale intervento non sembrerebbe avere trovato differenze statisticamente significative nei risultati desiderati; tuttavia il 75% dei partecipanti ha riportato un alto livello di soddisfazione (Chopra et al., 2024).

Riabilitazione cosmetica

È stato fornito a un gruppo di pazienti un manuale che conteneva informazioni su BID e istruzioni per l'uso della cosmesi, nonché attrezzatura per il camouflage (Huang and Liu, 2008). Il questionario MBSRQ-AS ha dimostrato che il trattamento ha portato a miglioramenti significativi nel tempo nella soddisfazione per l'aspetto personale, le aree corporee e il viso.

Per migliorare l'immagine corporea e ridurre il disagio psicologico su donne adulte sopravvissute ad un tumore della testa e del collo con evidenti alterazioni estetiche, è stato effettuato un programma di mimetizzazione della pelle (Chen et al., 2017). I risultati mostrano che in un follow up a 3 mesi post-intervento le donne avrebbero manifestato un miglioramento relativo alla depressione, paura ed ansia in relazione all'interazione sociale, mentre non sarebbero state riscontrate differenze significative relative alla percezione dell'immagine corporea.

Educazione Terapeutica

La somministrazione di un opuscolo psicoeducativo, accompagnato da colloqui individuali con un'infermiera che forniva informazioni sul cancro orale e sul trattamento pre e post-operatorio ha portato a miglioramenti nell'ansia, nella soddisfazione riguardo l'aspetto fisico e nel benessere generale dei partecipanti (Katz, Irish and Devins, 2004). Turner et al. (2014) hanno redatto un protocollo di ricerca che si proponeva di valutare l'efficacia di un intervento di educazione terapeutica denominato "*Head & Neck Cancer Survivor Self management Care Plan*" (HNCP). L'intervento si focalizza sul miglioramento della self-efficacy del paziente attraverso strategie come l'acquisizione di competenze pratiche per la cura di sé, esperienze vicariate, persuasione verbale e attenzione agli stati fisiologici come ansia e stress. Le sessioni individuali con infermieri formati mirano a sviluppare l'autoefficacia nel gestire le preoccupazioni legate all'immagine corporea e nel definire obiettivi pratici, integrando tecniche di rilassamento, respirazione profonda e mindfulness. Non sono ancora disponibili dati sull'applicazione del protocollo e sui risultati ottenuti (Turner et al., 2014).



Scrittura Espressiva

Infine, l'intervento denominato "*My Changed Body*" si concentrava sull'autocompassione e sulla scrittura espressiva per ridurre il disagio legato all'immagine corporea nei pazienti sopravvissuti a tumori della testa e del collo. Sebbene l'autocompassione sia migliorata significativamente, solo il 10% dei partecipanti ha mostrato un miglioramento clinicamente rilevante nel disagio corporeo, senza effetti significativi su altri esiti come la qualità della vita, la depressione o l'ansia (Melissant et al., 2021).

DISCUSSIONE

Si evidenzia che la gestione del Disturbo dell'Immagine Corporea post-trattamento per il carcinoma della testa e del collo necessita di un approccio multidisciplinare. I risultati ottenuti dalla revisione mostrano che l'intervento BRIGHT, seppur promettente nel ridurre depressione, isolamento sociale e vergogna (Graboyes et al., 2023), presenta alcune limitazioni suggerendo la necessità di ulteriori studi. Analogamente, l'intervento psicoeducativo (Chopra et al., 2024) ha mostrato un alto tasso di abbandono e punteggi di valutazione che non possono essere considerati significativi, sollevando dubbi sulla sua generalizzabilità.

La riabilitazione cosmetica ha mostrato miglioramenti limitati, ma gli studi esistenti sono stati condotti su campioni non randomizzati e non risultano pertinenti strettamente alla disciplina infermieristica (Huang and Liu, 2008; Chen et al., 2017).

L'educazione terapeutica post-operatoria (Katz, Irish and Devins, 2004) risulta fondamentale per ridurre il BID, ma la sua applicabilità richiede un ambiente adatto e uno strumento validato, con la necessità di testare su larga scala il materiale educativo. Anche se la scrittura riflessiva non ha mostrato risultati significativi nel ridurre il BID (Melissant et al., 2021), sembra essere utile per promuovere l'autocompassione e migliorare l'accettazione del proprio "nuovo sé". L'infermiere, quindi, può svolgere un ruolo decisivo nel supportare l'adattamento emotivo del paziente e nella gestione dei cambiamenti, ad esempio attraverso la promozione di strategie di autocura e di miglioramento della

self-efficacy (Turner et al., 2014).

La letteratura suggerisce anche che l'infermiere può favorire la risocializzazione del paziente in contesti protetti, riducendo il trauma associato all'esposizione alla propria immagine riflessa e facilitando l'accettazione dell'aspetto alterato. Infatti, alcuni studi (Gibson et al., 2021; Geiss et al., 2024) suggeriscono che l'infermiere dovrebbe essere presente durante il primo confronto del paziente con lo specchio per mitigare il trauma psicologico. Inoltre, l'infermiere potrebbe promuovere l'uso di specchi piccoli per l'automedicazione delle ferite, favorendo l'accettazione del proprio aspetto alterato e migliorando la gestione del proprio corpo dopo il trattamento (Freysteinson, 2020). In sintesi, la revisione suggerisce che, sebbene la ricerca sugli interventi infermieristici specifici per il BID sia ancora in fase di sviluppo, l'infermiere può ricoprire un ruolo centrale nel processo di adattamento alla nuova immagine corporea. La letteratura esaminata supporta la necessità di un approccio educativo strutturato, precoce e personalizzato, che affronti in modo olistico il disagio derivante dalla deturpazione.

Limiti

Gli studi considerati sono stati condotti in contesti geograficamente eterogenei e su campioni ristretti e con grande varianza nella tipologia di tumore, ciò può inficiare sulla fattibilità degli interventi proposti, sui risultati ottenuti e sulle potenziali differenze culturali nella gestione e nello sviluppo del BID.

Spunti per la ricerca futura

La ricerca futura potrebbe orientarsi in due direzioni. In primo luogo, tramite studi primari valutare su un campione omogeneo e nel lungo periodo la fattibilità, l'accettabilità e la validità di interventi infermieristici e strategie relazionali volte a prevenire e/o minimizzare l'impatto del Body Image Disturbance (BID). Si potrebbe considerare la sperimentazione di interventi supportati dall'intelligenza artificiale, per verificare se un'anticipazione visiva della propria immagine futura possa favorire l'adattamento alla nuova condizione. Inoltre, potrebbe risultare utile applicare interventi già proposti in letteratura, non specificamente orientati al trattamento del BID in questa popolazione, al fine di valutarne l'efficacia anche per questi pazienti.

In secondo luogo, sarebbe utile condurre una revisione sistematica seguita da una metanalisi con lo scopo di sistematizzare gli interventi infermieristici presenti in letteratura e valutarne statisticamente l'efficacia nel ridurre l'impatto del BID. Questo approccio permetterebbe di offrire cure personalizzate che rispondano alle esigenze dei sopravvissuti in relazione agli esiti estetici, funzionali e al loro benessere psicosociale.

CONCLUSIONI

In conclusione, si evidenzia quanto sia importante affrontare il Body Image Disturbance nei pazienti affetti da cancro della testa e del collo. Ciò è dovuto al fatto che i fattori psicosociali hanno un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti. Le modifiche fisiche causate dalle terapie vanno oltre l'estetica e causano preoccupazioni sull'immagine corporea, il che richiede una gestione attenta e mirata.

Gli interventi infermieristici, pur non essendo ampiamente convalidati, suggeriscono possibili miglioramenti nell'ansia e nella soddisfazione corporea, indicando che la figura dell'infermiere può svolgere un ruolo significativo nel supporto psicologico.

L'attività di scrittura narrativa può essere considerata uno strumento di particolare interesse poiché contribuisce a sviluppare un atteggiamento positivo nei confronti della nuova condizione corporea post-cancerosa, mostrando l'efficacia di approcci psicoeducativi nell'affrontare il trauma fisico e psicologico del cancro. Tuttavia, la ricerca sull'efficacia di interventi infermieristici specifici è da approfondire in quanto questi ultimi possono contribuire in modo diretto alla minimizzazione dei disturbi psicologici e alla promozione dell'autostima del paziente.

Infine, viene evidenziata la necessità di un piano di cura personalizzato volto a ridurre al minimo gli effetti del BID e ad accompagnare il paziente nel percorso di adattamento. La preparazione del paziente, assieme a un bagaglio di informazioni adeguate, formazione terapeutica e un monitoraggio costante, è un elemento essenziale per affrontare con successo le sfide psicologiche derivanti dai cambiamenti nell'immagine corporea.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Gestione del Disturbo dell'Immagine Corporea conseguente al trattamento dei tumori testa-collo: revisione narrativa della letteratura

BANCA DATI	STRINGA
SCOPUS	(((TITLE ((dysmorph* W/3 (disturb* OR disorder*)) OR body-dissatisfact*)) OR (TITLE ((body W/3 (image* OR percept*) W/3 (disturb* OR disorder* OR dissatisfact* OR concern* OR issue* OR problem* OR distress* OR distort* OR disfigur* OR deform*)))) AND (TITLE-ABS-KEY (((neoplas* OR tumor* OR tumour* OR cancer* OR malignan* OR carcinom* OR oncol*) W/3 (head* OR neck* OR face* OR facial* OR eyelid* OR palatal* OR oral* OR mouth* OR ginivg* OR lip OR lips OR tongue* OR ear OR ears OR laryng* OR nose OR paranasal* OR nasal* OR salivar* OR parotid* OR pharyng* OR oropharing* OR nasopharyng* OR tonsil*)))) OR ((TITLE-ABS-KEY (((neoplas* OR tumor* OR tumour* OR cancer* OR malignan* OR carcinom* OR oncol*) W/3 (head* OR neck* OR face* OR facial* OR eyelid* OR palatal* OR oral* OR mouth* OR ginivg* OR lip OR lips OR tongue* OR ear OR ears OR laryng* OR nose OR paranasal* OR nasal* OR salivar* OR parotid* OR pharyng* OR oropharing* OR nasopharyng* OR tonsil*)))) AND (TITLE-ABS-KEY ((body AND (image* OR esteem* OR satisfact* OR dissatisfact* OR self* OR represent*)))) AND (TITLE-ABS-KEY (nurs*))) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "re"))
EMBASE	((('head and neck tumor'/exp OR ((neoplas* OR tumor* OR tumour* OR cancer* OR malignan* OR carcinom* OR oncol*) NEAR/3 (head* OR neck* OR face* OR facial* OR eyelid* OR palatal* OR oral* OR mouth* OR ginivg* OR lip OR lips OR tongue* OR ear OR ears OR laryng* OR nose OR paranasal* OR nasal* OR salivar* OR parotid* OR pharyng* OR oropharing* OR nasopharyng* OR tonsil*)):ti,ab,kw) AND ((body:ti,ab,kw AND (image*:ti,ab,kw OR esteem*:ti,ab,kw OR satisfact*:ti,ab,kw OR dissatisfact*:ti,ab,kw OR self*:ti,ab,kw OR represent*:ti,ab,kw)) OR 'body image'/exp) AND (('nursing'/exp OR 'nurse'/exp OR 'nurse attitude'/exp OR 'nursing staff'/exp OR 'nurse patient relationship'/exp OR 'nurse training'/exp) OR nurs*:ti,ab,kw)) AND ('article'/it OR 'article in press'/it OR 'conference paper'/it OR 'review'/it)) OR (('head and neck tumor'/exp OR ((neoplas* OR tumor* OR tumour* OR cancer* OR malignan* OR carcinom* OR oncol*) NEAR/3 (head* OR neck* OR face* OR facial* OR eyelid* OR palatal* OR oral* OR mouth* OR ginivg* OR lip OR lips OR tongue* OR ear OR ears OR laryng* OR nose OR paranasal* OR nasal* OR salivar* OR parotid* OR pharyng* OR oropharing* OR nasopharyng* OR tonsil*)):ti,ab,kw) AND ('body dissatisfaction'/exp/mj OR (body NEAR/3 (image* OR percept*) NEAR/3 (disturb* OR disorder* OR dissatisfact* OR concern* OR issue* OR problem* OR distress* OR distort* OR disfigur* OR deform*)):ti,ab,kw OR ('body dissatisfact*:ti,ab,kw OR ((dysmorph* NEAR/3 (disorder* OR disturb*)):ti,ab,kw)) OR 'body dysmorphic disorder'/exp)) AND ('article'/it OR 'article in press'/it OR 'conference paper'/it OR 'review'/it))
Ovid MED-LINE	ALL <1946 to June 26, 2024> 1 exp "Head and Neck Neoplasms"/ 361449 2 ((Neoplas* or Tumor* or TUMOUR* or Cancer* or Malignan* or carcinom* or ONCOL*) adj3 (head* or neck* or face* or facial* or eyelid* or palatal* or oral* or mouth* or ginivg* or lip or lips or tongue* or ear or ears or laryng* or nose or paranasal* or nasal* or salivar* or parotid* or pharyng* or oropharing* or nasopharyng* or tonsil*)):ab,kf,ti. 189947 3 1 or 2 421895 4 (body and (image* or esteem* or satisfact* or dissatisfact* or self* or represent*)):ab,kf,ti. 188861 5 exp Body Image/ 20458 6 4 or 5 197115 7 "NURS*":ab,kf,ti. 557144 8 exp Nursing Care/ or exp Nursing Staff/ or exp Nurses/ or exp Nurse's Role/ or exp Nurse-Patient Relations/ or exp Nursing/ or exp Nursing Process/ or "nursing".fx. 521851 9 7 or 8 802531 10 3 and 6 and 9 74 11 exp Body Dissatisfaction/ 494 12 exp Body Dysmorphic Disorders/ 1327 13 (body adj3 (image* or PERCEPT*) adj3 (DISTURB* or DISORDER* or dissatisfact* or CONCERN* or ISSUE* or PROBLEM* or DISTRESS* or DISTOR* or DISFIGUR* or DEFORM*)):kf,ti. 1384 14 (DYSMORPH* or BODY-DISSATISFACT*):ab,kf,ti. 22147 15 11 or 12 or 13 or 14 23516 16 3 and 15 95 17 10 or 16 166
APA PsycInfo	<1806 to June Week 3 2024> 1 ((Neoplas* or Tumor* or TUMOUR* or Cancer* or Malignan* or carcinom* or ONCOL*) adj3 (head* or neck* or face* or facial* or eyelid* or palatal* or oral* or mouth* or ginivg* or lip or lips or tongue* or ear or ears or laryng* or nose or paranasal* or nasal* or salivar* or parotid* or pharyng* or oropharing* or nasopharyng* or tonsil*)):ab,id,ti. 2657 2 exp Body Image/ 16460 3 (body and (image* or esteem* or satisfact* or dissatisfact* or self* or represent*)):ab,id,ti. 69841 4 2 or 3 72128 5 "NURS*":ab,id,ti. 125246 6 exp Nursing/ 28548 7 exp Nurses/ 40612 8 5 or 6 or 7 125852 9 1 and 4 and 8 4 10 exp Body Image Disturbances/ 2748 11 (body adj3 (image* or PERCEPT*) adj3 (DISTURB* or DISORDER* or dissatisfact* or CONCERN* or ISSUE* or PROBLEM* or DISTRESS* or DISTOR* or DISFIGUR* or DEFORM*)):ab,id,ti. 6007 12 (DYSMORPH* or BODY-DISSATISFACT*):ab,id,ti. 7889 13 exp Body Dysmorphic Disorder/ 1504 14 10 or 11 or 12 or 13 13545 15 1 and 14 26 16 9 or 15 28

CINAHL	#	Query	Limiters/Expanders	Results
	S15	S10 OR S14	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			164
	S14	S6 AND S13	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			104
	S13	S11 OR S12	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			9,467
	S12	TI (DYSMORPH* OR BODY-DISSATISFACT*) OR AB (DYSMORPH* OR BODY-DISSATISFACT*)	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			4,650
	S11	(MH "Body Dissatisfaction") OR (MH "Body Dysmorphic Disorder") OR TI ((body N3 (image* OR PERCEPT*)) and (DISTURB* or DISORDER* or dissatisfact* OR CONCERN* OR ISSUE* OR PROBLEM* OR DISTRESS* OR DISTOR* OR DISFIGUR* OR DEFORM*)) OR AB ((body N3 (image* OR PERCEPT*)) and (DISTURB* or DISORDER* or dissatisfact* OR CONCERN* OR ISSUE* OR PROBLEM* OR DISTRESS* OR DISTOR* OR DISFIGUR* OR DEFORM*))	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			6,547
	S10	S5 AND S6 AND S9	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			86
	S9	S7 OR S8	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			810,560
	S8	((MH "Nursing Care+") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nurse Attitudes"))) OR (MW "NU")	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			559,315
	S7	TI NURS* OR AB NURS*	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			566,458
	S6	S1 OR S3	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			77,730
	S5	S2 OR S4	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			61,431
	S4	TI (body and (image* or esteem* or satisfact* or dissatisfact* or self* or represent*)) OR AB (body and (image* or esteem* or satisfact* or dissatisfact* or self* or represent*))	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			53,143
	S3	TI ((Neoplas* OR Tumor* OR TUMOUR* OR Cancer* OR Malignan* OR carcinom* OR ONCOL*) n3 (head* or neck* or face* or facial* or eyelid* or palatal* or oral* or mouth* or ginigv* or lip or lips or tongue* or ear oR ears or laryng* or nose or paranasal* or nasal* or salivar* or parotid* or pharyng* or oropharing* or nasopharyng* or tonsil*)) OR AB ((Neoplas* OR Tumor* OR TUMOUR* OR Cancer* OR Malignan* OR carcinom* OR ONCOL*) n3 (head* or neck* or face* or facial* or eyelid* or palatal* or oral* or mouth* or ginigv* or lip or lips or tongue* or ear oR ears or laryng* or nose or paranasal* or nasal* or salivar* or parotid* or pharyng* or oropharing* or nasopharyng* or tonsil*))	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			44,455
	S2	(MH "Body Image+")	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			16,528
	S1	(MH "Head and Neck Neoplasms+")	Expanders - Apply equivalent subjects	
	Search modes - Proximity			60,498

Sara Mezini

Infermiere in ambito clinico
Asl 2, Savona

Laura Regazzoni

Infermiere in ambito clinico
Asl 2, Savona

Roberta Rapetti

Dirigente Professioni Sanitarie
Struttura Complessa Formazione,
Innovazione, Sviluppo
Professionale e dei Processi
Assistenziali
Asl 2, Savona

Strategie di gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso: un'Umbrella Review

Management Strategies for Emergency Department Overcrowding: An Umbrella Review

ASTRATTO IN ITALIANO**Introduzione**

Il Sovraffollamento del Pronto Soccorso rappresenta una delle criticità più complesse per i sistemi sanitari a livello globale. Negli anni, questo fenomeno si è intensificato, diventando un indicatore internazionale di disfunzione sistemica nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Obiettivo

Analizzare criticamente le principali strategie proposte per affrontare il sovraffollamento nei dipartimenti di emergenza, valutandone l'efficacia in relazione agli esiti clinici e organizzativi.

Metodo

È stata condotta un'Umbrella Review di revisioni sistematiche pubblicate tra il 2020 e il 2024, selezionate da PubMed, SCOPUS e CINAHL secondo il protocollo PRISMA. Due ricercatori indipendenti hanno valutato titoli e abstract tramite Rayyan, applicando criteri di inclusione predefiniti; in caso di disaccordo, è stato coinvolto un terzo revisore. Sono state incluse sette revisioni sistematiche, la cui qualità metodologica è stata valutata con lo strumento AMSTAR-2.

Risultati

Dall'analisi delle revisioni emerge un panorama ricco e articolato di strategie che, pur nella loro eterogeneità, convergono su alcuni elementi fondamentali per contrastare il sovraffollamento in Pronto Soccorso: ottimizzazione del flusso dei pazienti, riduzione dei tempi di attesa e miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza. Tuttavia, i benefici di tali interventi non sono garantiti, poiché spesso ostacolati da barriere culturali e organizzative, in particolare dalla resistenza al cambiamento. I risultati evidenziano che non esiste una soluzione unica e universale, ma che il successo dipende dalla capacità di adattare gli interventi al contesto specifico, promuovendo l'innovazione e la collaborazione interdisciplinare.

Conclusioni

Questo studio evidenzia come l'integrazione di modelli organizzativi avanzati possa guidare la transizione verso un sistema sanitario più sostenibile, reattivo e orientato al futuro dell'assistenza.

Parole chiave

Sovraffollamento, flusso dei pazienti, Dipartimento di emergenza.



ABSTRACT**Introduction**

Emergency department overcrowding represents one of the most complex challenges for healthcare systems worldwide. Over the years, this phenomenon has intensified, becoming an international indicator of systemic dysfunction in healthcare organization.

Objective

To critically analyze the main strategies proposed to address overcrowding in emergency departments, evaluating their effectiveness in relation to clinical and organizational outcomes.

Methods

An umbrella review of systematic reviews published between 2020 and 2024 was conducted, selecting studies from PubMed, SCOPUS, and CINAHL according to the PRISMA protocol. Two independent reviewers assessed titles and abstracts using Rayyan, applying predefined inclusion criteria; in case of disagreement, a third reviewer was involved. Seven systematic reviews were included, and their methodological quality was assessed using the AMSTAR-2 tool.

Results

The analysis revealed a wide range of strategies to combat ED overcrowding. Despite their heterogeneity, these interventions converge on several key objectives: optimizing patient flow, reducing waiting times, and improving overall care quality. However, their effectiveness is not guaranteed and is frequently hindered by cultural and organizational barriers, particularly resistance to change. The findings underscore that there is no one-size-fits-all solution. Rather, success depends on tailoring interventions to specific contexts and fostering innovation through interdisciplinary collaboration.

Conclusion

This study highlights how the integration of advanced organizational models can guide the transition towards a more sustainable, responsive, and future-oriented healthcare system.

Key words

Overcrowding, patient flow, emergency department.

INTRODUZIONE

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso rappresenta oggi una delle criticità più rilevanti e complesse per i sistemi sanitari a livello globale. Già riconosciuto negli anni '80 come una barriera significativa all'erogazione tempestiva ed efficace delle cure (Kenny et al., 2020), tale fenomeno si è progressivamente intensificato, al punto da essere considerato un indicatore internazionale di disfunzione sistemica nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria (Lindner & Woitok, 2021; Wang et al., 2018). Il sovraffollamento si verifica quando il numero di pazienti presenti in pronto soccorso eccede la capacità di gestione della struttura, compromettendo l'efficienza operativa e la qualità delle cure (De Freitas et al., 2018; Lindner & Woitok, 2021). Le conseguenze, documentate in letteratura, sono rappresentate da: aumento dei tempi di attesa, ritardi nei trattamenti, maggiore rischio di errori clinici, incremento della morbidità e peggioramento dell'esperienza dell'assistito (Da'Costa et al., 2025; Sartini et al., 2022). Tra i principali determinanti si annoverano l'aumento della domanda, l'invecchiamento della popolazione, l'uso inadeguato dei servizi di emergenza e la scarsità di risorse (Lowthian et al., 2011). In particolare, il sovraffollamento può essere compreso analizzando tre elementi chiave del sistema: accesso (input), numero di persone che si presentano al Pronto Soccorso; gestione interna (throughput), capacità del sistema di prendersi cura del paziente, includendo la valutazione clinica e i trattamenti; e uscita (output) possibilità di dimissione, trasferimento o ricovero (Badr et al., 2022). Una delle problematiche più critiche è rappresentata dal "*boarding*", ovvero la permanenza prolungata dei pazienti in attesa di un posto letto nelle degenze, causata dalla limitata disponibilità di risorse (Rabin et al., 2012). In questo contesto, la gestione dei pazienti classificati con "codici minori" assume un ruolo strategico. Infatti, sebbene non presentino condizioni cliniche critiche, gli stessi generano un carico assistenziale rilevante, contribuendo in modo significativo alla congestione delle strutture (Badr et al., 2022; Jeyaraman et al., 2022). Il loro corretto indirizzamento verso setting alternativi – ambulatori medici o infermieristici, strutture territoriali – si configura come una leva fondamentale per l'ottimizzazione del flusso e per la sostenibilità del sistema (Jeyaraman et al., 2022; Trzeciak & Rivers, 2003). È tuttavia essenziale che tali soluzioni alternative garantiscano livelli adeguati di accessibilità, qualità ed equità. Le ricadute del sovraffollamento non si limitano alla sfera operativa, ma coinvolgono la qualità dell'assistenza, la sicurezza clinica, la durata della degenza, la soddisfazione dell'utente e l'incidenza di eventi avversi, inclusi gli abbandoni e gli errori terapeutici (Carter et al., 2014; Savioli et al., 2022). Per affrontare efficacemente tale questione, le evidenze propongono l'adozione di strategie organizzative e tecnologiche, quali

la messa a punto di protocolli di triage rapidi, sistemi dinamici di gestione della capacità, modelli ispirati al "Lean management" e soluzioni digitali avanzate per l'ottimizzazione dei flussi e l'allocazione delle risorse (Drennan et al., 2024; Souza et al., 2021).

L'efficacia di tali interventi, tuttavia, dipende dalla loro capacità di adattamento ai contesti locali, in relazione alle risorse disponibili, alle caratteristiche demografiche e all'organizzazione dei servizi sanitari (Badr et al., 2022). Risultato pertanto necessario sviluppare approcci integrati e personalizzati, in grado di affrontare in modo sistemico le cause del sovraffollamento e rafforzando la resilienza dei servizi di emergenza-urgenza.

OBIETTIVO

Lo scopo dello studio è analizzare criticamente le principali strategie del fenomeno sovraffollamento, valutandone l'efficacia rispetto agli esiti clinici e organizzativi. L'analisi si focalizza in particolare sull'impatto che tali interventi hanno sull'efficienza dei percorsi assistenziali e operativi (De Freitas et al., 2018).

METODI

Strategia di ricerca

Per la realizzazione di questo articolo è stato adottato il metodo dell'Umbrella Review, una tipologia di revisione sistematica che consente di raccogliere, sintetizzare e confrontare i risultati di più revisioni già pubblicate, offrendo un'ampia panoramica sull'argomento (Aromataris et al., 2015).

La ricerca è stata effettuata consultando tre principali database scientifici: SCOPUS, PubMed e CINAHL.

La domanda di ricerca che ha guidato il lavoro è stata la seguente: *"Quali soluzioni, proposte dalla letteratura, per la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, risultano più efficaci per ottimizzare il flusso dei pazienti e aumentare la qualità dell'assistenza?"*



Per strutturare in modo chiaro l'approccio alla ricerca, è stato utilizzato il modello PIO.

- Popolazione (P): pazienti che si presentano al pronto soccorso;
- Intervento (I): strategie ed Interventi messi in atto per la gestione del sovraffollamento;
- Outcome (O): riduzione dei tempi di attesa, ottimizzazione del flusso dei pazienti e incremento della qualità dell'assistenza.

La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di parole chiave attraverso la combinazione con gli operatori booleani AND e OR.

La stringa utilizzata è stata la seguente:

("emergency overcrowding" OR "overcrowding in emergency departments" OR "minor triage codes overcrowding") AND ("triage" OR "patient flow" OR "overcrowding management" OR "strategies for overcrowding management" OR "length of stay") AND ("patient safety" OR "efficacy" OR "quality of care" OR "improvement of patient flow") AND ("review").

Criteri di inclusione ed esclusione

Per assicurare la rilevanza e la qualità metodologica degli studi selezionati, sono stati applicati criteri rigorosi di inclusione ed esclusione.

Sono stati inclusi nella revisione gli articoli che rispondevano ai seguenti requisiti:

1. Studi classificati come revisioni sistematiche;
1. Studi in lingua inglese;
2. Pubblicazione negli ultimi cinque anni.

Sono stati esclusi gli articoli che non rispettavano i criteri sopra indicati, in particolare:

1. Studi non pertinenti rispetto al focus dell'indagine;
1. Studi primari e metanalisi;
2. Relazione tra virus Sars-Cov2 e sovraffollamento dei PS.

Processo di selezione degli studi

Il processo di selezione degli studi è stato condotto attraverso criteri metodologici rigorosi da parte di due revisori indipendenti, avvalendosi dell'applicativo Rayyan per la gestione e lo screening sistematico delle fonti (Ouzzani et al., 2016). Ciascun revisore ha esaminato in maniera autonoma i titoli e gli abstract degli articoli selezionati. In presenza di disaccordo è stato coinvolto un terzo revisore al fine di risolvere le divergenze, attraverso discussione e consenso, garantendo così la trasparenza, l'accuratezza e l'imparzialità del percorso di selezione degli studi.

Risultati della ricerca

Screening

L'indagine iniziale sui tre database ha prodotto un totale di 141 articoli: 84 da SCOPUS, 52 da PUBMED e 5 da CINAHL. Sono stati rimossi 14 duplicati, riducendo il totale a 127 articoli. Successivamente, è stata condotta una valutazione preliminare basata su titolo e abstract, con l'obiettivo di verificare l'aderenza ai criteri di inclusione.

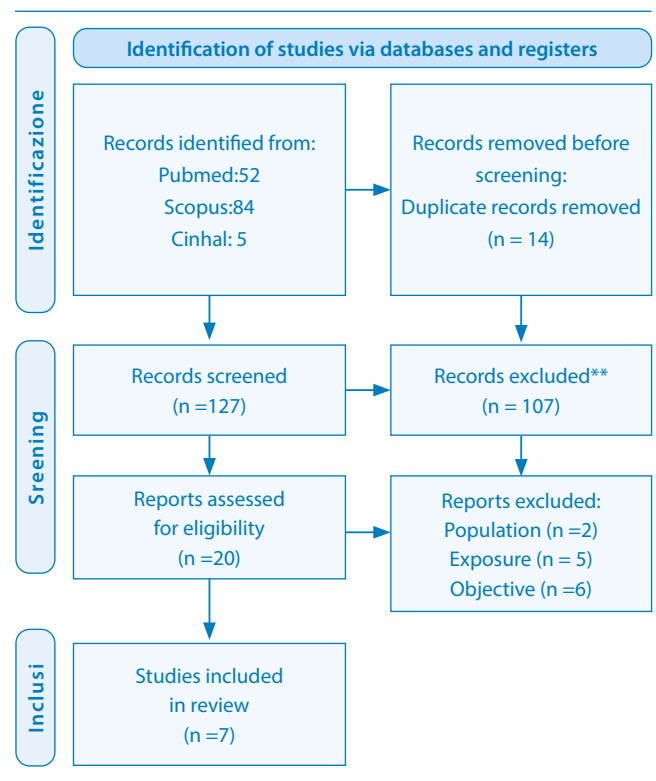
Dopo questa fase, 107 articoli sono stati esclusi. I 20 studi rimanenti sono stati sottoposti ad un'analisi approfondita mediante revisione integrale del testo. Di questi, 13 studi non sono stati considerati per le seguenti ragioni: 2 erano focalizzati su una popolazione non pertinente, 5 presentavano limitazioni riguardanti l'esposizione e 6 non rispondevano alla domanda di ricerca. Al termine del processo di selezione, 7 studi sono stati inclusi nella revisione sistematica finale.

Il processo di identificazione e selezione degli studi è stato condotto in conformità alle linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) (Page et al., 2021) assicurando trasparenza e rigore metodologico in ogni fase (Figura1).

Descrizione degli articoli inclusi

Gli articoli selezionati per l'Umbrella Review sono stati sintetizzati all'interno di una tabella per fornire una panoramica chiara delle principali caratteristiche di ciascuno studio. Per ogni articolo è stato riportato il titolo, i nomi degli autori, l'anno di pubblicazione, la tipologia di studio e l'obiettivo. Successivamente, sono stati identificati i temi principali e le strategie proposte potenzialmente applicabili nella pratica clinica o nella gestione organizzativa dei Dipartimenti di Emergenza. La tabella rappresenta una sintesi di primo livello della letteratura selezionata (Tabella 2).

Figura 1: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis)



Valutazione della qualità

La qualità delle revisioni sistematiche incluse è stata valutata utilizzando lo strumento AMSTAR-2 classificando gli studi di qualità alta, media o bassa, basandosi sull'analisi dei singoli criteri metodologici (Shea et al., 2017). La valutazione è stata effettuata indipendentemente da due revisori. In caso di divergenze nel giudizio, è stato coinvolto un terzo revisore per raggiungere un consenso.

Estrapolazione e sintesi dei dati

L'analisi è stata condotta da due ricercatori che hanno esaminato e analizzato in modo approfondito ciascuno degli studi selezionati. Successivamente, è stata realizzata una sintesi narrativa dei risultati, che ha permesso di individuare aspetti comuni e rilevanti tra gli studi, evidenziando le tendenze più significative nell'ambito della ricerca analizzata.

Risultati

Sono state incluse sette revisioni sistematiche pubblicate tra il 2020 e il 2024 (Grant et al., 2020; Lima et al., 2024; Maninchedda et al., 2023; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020; Sharma et al., 2020; Volochchuk & Leite, 2022; Youssef et al., 2024).

La revisione di Maninchedda et al. (2023) ha incluso 19 studi, per lo più osservazionali, identificando i principali fattori determinanti e le conseguenze del sovraffollamento nei dipartimenti di emergenza. Sono stati descritti i principali strumenti di misurazione e le strategie di intervento (es. Lean, Six Sigma, benchmarking, simulazioni), nonché le barriere e i benefici associati a dimensioni organizzative, tecniche e comportamentali. Gli interventi hanno prodotto impatti positivi sull'efficienza operativa, il benessere dei pazienti e il funzionamento complessivo delle strutture. Tuttavia, la sostenibilità di tali soluzioni è risultata condizionata da resistenze al cambiamento, spesso legate a fattori culturali.

Lima et al. (2024), nell'analisi più recente, hanno sviluppato un modello generico di flusso del paziente in pronto soccorso, basato su 18 studi, articolato in tre fasi: triage e accettazione, valutazione clinica, trattamento ed outcome. Il modello enfatizza il ruolo della stratificazione del rischio, dei percorsi per condizioni tempo-dipendenti, della gestione degli eventi critici e dell'uso della telemedicina, proponendo una struttura flessibile adattabile ai diversi contesti assistenziali.

Ortiz-Barrios et al. (2020) hanno esaminato 203 studi, mappando le principali criticità nei dipartimenti di emergenza, tra cui sovraffollamento, lunghi tempi di attesa, degenze prolungate (LOS), flussi inefficienti e tassi elevati di abbandono prima della visita (LWBS). Le strategie più efficaci si sono rivelate la simulazione al computer e il sistema Lean, integrate con metodi di ricerca operativa e analisi data-driven, evidenziando l'interconnessione tra le problematiche e i loro effetti a cascata sull'efficienza del sistema.

La revisione di Grant et al. (2020) ha valutato gli effetti degli interventi operativi sul throughput, in particolare sul LOS e sul LWBS. Interventi come il "fast track", il "patient streaming" e l'assegnazione di medici esperti al triage hanno mostrato riduzioni significative degli indicatori di congestione, sebbene le evidenze su altri modelli organizzativi siano risultate meno robuste.

Volochchuk et al. (2022), analizzando 115 studi, hanno confermato la diffusione di approcci quali Lean, Six Sigma, simulazioni e benchmarking, rilevando benefici non solo operativi ma anche culturali e relazionali. Le principali barriere riscontrate erano legate alla cultura organizzativa e alla resistenza al cambiamento, da parte sia degli operatori che dei pazienti.

Youssef et al. (2024) hanno indagato l'impatto di interventi operativi su tre indicatori chiave: tempo al primo contatto medico (TTP), tempo alla decisione clinica (TTD) e tasso di abbandono (LWBS). L'introduzione di medici di collegamento al triage, i test diagnostici point-of-care (POCT) e i percorsi fast track hanno determinato una riduzione significativa di TTD e LWBS, favorendo una maggiore tempestività decisionale.

Infine, Shrawan et al. (2020) hanno analizzato il contributo strategico-operativo degli infermieri nella gestione dei percorsi assistenziali, evidenziando il valore di ruoli avanzati come "bed manager", "site manager", "nurse navigator" e "nurse practitioner". Questi modelli hanno dimostrato efficacia nell'ottimizzazione dell'uso dei posti letto, nella riduzione del sovraffollamento, nel miglioramento dei tempi di permanenza e nella diminuzione delle riammissioni, a condizione di un adeguato supporto organizzativo e integrazione multidisciplinare.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questo studio è stato analizzare criticamente le strategie adottate per gestire il sovraffollamento nei Pronto Soccorso, valutandone l'efficacia in termini di efficienza dei percorsi, qualità dell'assistenza e condizioni operative (De Freitas et al., 2018). Le soluzioni proposte, sebbene il sovraffollamento sia un problema persistente e complesso, mostrano risultati promettenti, ma non sempre uniformi o facilmente trasferibili tra contesti diversi (Ortiz-Barrios & Alfaro-Saiz, 2020). Interventi come i percorsi fast track e l'impiego di professionisti esperti già in fase di triage, sono tra le strategie più efficaci per ridurre i tempi di attesa e migliorare il flusso dei pazienti, ma la loro riuscita dipende fortemente dall'organizzazione interna e dalle risorse disponibili (Grant et al., 2020; Youssef et al., 2024). Le metodologie dei processi, come Lean e Six Sigma, si confermano validi strumenti per la riduzione del sovraffollamento; tuttavia, il loro impatto è legato alla capacità dell'organizzazione di abbracciare il cambiamento e coinvolgere attivamente gli operatori, soprattutto sul piano culturale (Maninchedda et al., 2023; Volochchuk & Leite, 2022). In questo contesto, il ruolo degli infermieri si rivela cruciale: attraverso una gestione proattiva del flusso dei pazienti, essi contribuiscono in modo significativo all'efficienza complessiva del sistema. Tuttavia, persistono criticità legate alla standardizzazione e all'integrazione dei ruoli avanzati nei modelli organizzativi (Sharma et al., 2020). Parallelamente, la letteratura mette in luce una carenza di attenzione sui fattori relazionali e comportamentali, aspetti spesso sottovalutati, ma fondamentali per il successo e la sostenibilità degli interventi (Maninchedda et al., 2023). L'adozione di strumenti come il Business Process Model and Notation (BPMN) rappresenta un'evoluzione importante per modellare i flussi in modo più realistico e flessibile; tuttavia, la mancanza di metriche cliniche condivise e indicatori di esito standardizzati, limita la valutazione comparativa delle strategie (Lima et al.,

2024). Inoltre, molte ricerche tendono a concentrarsi sulle prime fasi del percorso, trascurando il collegamento tra accesso, trattamento e destinazione finale, elemento chiave per assicurare fluidità e sicurezza dell'intero processo (Lima et al., 2024; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Un'ulteriore limitazione risiede nella scarsità di studi sistematici di grande scala che integrino aspetti clinici, organizzativi e tecnologici, ostacolando la generalizzazione dei risultati e la definizione di linee guida operative condivise a livello internazionale (Grant et al., 2020; Sharma et al., 2020). In sintesi, questa analisi sottolinea come la complessità del sovraccollamento richieda un approccio integrato che combini interventi operativi, innovazioni tecnologiche e potenziamento delle competenze infermieristiche, senza dimenticare il ruolo centrale della cultura organizzativa e delle dinamiche interpersonali tra operatori ed assistiti (Maninchedda et al., 2023; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Solo superando queste sfide sarà possibile tradurre le evidenze in miglioramenti concreti e sostenibili per la qualità e la sicurezza dell'assistenza nei Pronto Soccorso.

Limitazioni dello studio

Nel condurre questa Umbrella Review, è importante riconoscere alcune limitazioni metodologiche. La ricerca è stata limitata a tre database SCOPUS, PUBMED e CINAHL. Questo ha portato all'esclusione di altre fonti che avrebbero potuto contribuire in maniera positiva alla stesura dell'articolo.

La limitazione temporale di cinque anni potrebbe aver escluso contributi precedenti significativi per la comprensione del fenomeno del sovraccollamento nei Pronto Soccorso. Allo stesso modo la scelta di includere studi solo in lingua inglese potrebbe averne trascurato altri di contesti geografici diversi, ma rilevanti.

Infine, sono stati esclusi gli studi condotti durante la pandemia COVID-19, in quanto il sovraccollamento osservato in quel periodo è stato considerato una condizione eccezionale e sistemica, che avrebbe potuto distorcere l'analisi dei fattori strutturali e organizzativi del fenomeno in tempi ordinari.

Raccomandazioni

Affinché le strategie di contrasto al sovraccollamento siano efficaci, è essenziale che gli operatori sanitari siano coinvolti attivamente nei processi decisionali e adeguatamente formati sulle pratiche organizzative innovative (Maninchedda et al., 2023). L'introduzione di ruoli infermieristici avanzati e operativi, come "flow manager" e "site manager", rappresenta una leva strategica per migliorare la gestione dei flussi e ridurre i ritardi nei trasferimenti ospedalieri (Sharma et al., 2020). Parallelamente, è fondamentale sviluppare interventi mirati alla riduzione dei tassi di abbandono, combinando soluzioni cliniche e organizzative capaci di garantire una presa in carico più tempestiva (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Il successo di queste metodologie richiede il coinvolgimento sinergico di decisori clinici, responsabili politici e stakeholder istituzionali, in un'ottica di pianificazione condivisa e sostenibilità a lungo termine (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Solo una governance integrata e multidisciplinare può infatti trasformare l'evidenza scientifica in pratiche operative resilienti ed efficaci nei contesti reali.

CONCLUSIONI

Il problema del sovraccollamento nei Pronto Soccorso, seppur noto da decenni, ha assunto nuove dimensioni con l'aumento della complessità clinica e della pressione sui servizi. Le evidenze più recenti sottolineano come l'efficienza del flusso possa essere migliorata non solo con interventi tecnologici o logistici, ma soprattutto attraverso una riorganizzazione intelligente delle risorse umane e una cultura del miglioramento continuo (Maninchedda et al., 2023; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

In particolare, i ruoli infermieristici avanzati offrono un'opportunità concreta e sostenibile per ottimizzare i percorsi, mitigare le barriere operative e aumentare le risposte assistenziali, con costi inferiori rispetto ad altre soluzioni infrastrutturali (Sharma et al., 2020). Parallelamente, strategie operative come l'impiego di personale sanitario altamente qualificato e l'adozione dei POCT devono essere calibrate sui contesti specifici, ma rappresentano interventi validati e replicabili (Youssef et al., 2024). L'integrazione tra metodi quantitativi (simulazioni, BPMN, Lean) e approcci centrati sull'esperienza del personale e del paziente è il vero punto di svolta per affrontare una sfida tanto tecnica quanto umana (Lima et al., 2024). Comprendere e modellare i processi in modo dinamico e sistemico sarà la chiave per un futuro in cui l'efficienza non comprometta l'umanità delle cure.

Considerazioni etiche:

Non è stata necessaria l'approvazione del Comitato etico.

Chiarimenti

Gli autori non riportano conflitti di interesse in questo lavoro.

Acronimi

- LOS – Length of Stay: Durata della degenza
- LWBS – Left Without Being Seen: Uscito senza essere visitato
- TTP – Time to Physician: Tempo al primo contatto medico
- TTD – Time to Decision: Tempo alla decisione clinica

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Titolo	Autori	Anno	Tipologia di studio	Obiettivo	Tema principale	Strategie proposte	Valutazione della qualità
Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature	Mario Maninchedda, Anna Silvia Proia, Lavinia Bianco, et al.	2023	Revisione sistematica	Esaminare strategie per ridurre il sovraffollamento nei DEA	Sovraffollamento e impatto organizzativo	Lean, Six Sigma, benchmarking, simulazioni, percorsi rapidi, soluzioni digitali	Media
The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies	Shrawan Sharma, Anne Marie Rafferty, Olga Boiko	2020	Revisione sistematica di studi con metodi misti	Analizzare il ruolo strategico-operativo degli infermieri nella gestione dei percorsi	Gestione del flusso assistenziale	Ruoli avanzati infermieristici (bed/site manager, nurse navigator), integrazione multidisciplinare	Alta
Hospital operations management – characterising patients' process flows in emergency departments	Lima, R.M., Lopes, E.T., Lopes, D.C., Gonçalves, B.S., Cunha, P.G.	2024	Revisione sistematica	Indagare i flussi di processo all'interno del PS per migliorare l'efficienza operativa	Ottimizzazione del percorso clinico	Modello a tre fasi: triage, valutazione, trattamento; stratificazione rischio; telemedicina	Media
Methodological approaches to support process improvement in emergency departments: a systematic review	Ortiz-Barrios, M.A., Alfaro-Saiz, J.-J.	2020	Revisione sistematica	Esaminare le tecniche più utilizzate per risolvere problemi operativi	Criticità nei PS (LOS, LWBS, attese)	Simulazioni, Lean, Operations Research, data-driven analytics	Media
Throughput interventions to reduce emergency department overcrowding: a systematic review	Grant, K.L., Bayley, C.J., Premji, Z., Lang, E., Innes, G	2020	Revisione sistematica	Individuare l'impatto delle strategie di throughput sull'efficienza del PS	Riduzione LOS e LWBS	Fast track, patient streaming, medico al triage	Alta
Process improvement approaches in emergency departments: a review of the current knowledge	Volochchuk, A.V.L., Leite, H.	2022	Revisione sistematica	Ricerare gli approcci di miglioramento dei processi nei PS, con relativi benefici e barriere	Miglioramento processi operativi e culturali	Lean, Six Sigma, simulazioni, benchmarking; barriere culturali	Alta
Interventions to improve emergency department throughput and care delivery indicators: A systematic review and meta-analysis	Youssef, E., Benabbas, R., Choe, B., Doukas, D., Taitt, H.A., Verma, R., Zehtabchi, S.	2024	Revisione sistematica e metanalisi	Valutare l'efficacia di interventi su TTP, TTD, LWBS	Indicatori clinici e operativi	POCT, triage liaison, fast track	Alta

Luca Mincone

MScN, RN Anestesia e Rianimazione
ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti (Italia)

Serenella Mennilli

MScN, F.O Area Infermieristica
(Area Ospedaliera 1- ASL2
Lanciano-Vasto-Chieti), docente
Corso di Laurea in Infermieristica e
Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche ed
Ostetriche presso Università degli
Studi G. d'Annunzio (Chieti, Italia)

Francesca Cerratti

PhD, RN Area distrettuale 1 ASL2
Lanciano-Vasto-Chieti,
Docente Corso di Laurea in
Infermieristica e Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche
ed Ostetriche presso Unich (Chieti)

Ludovica Robuffo

MScN, RN, Anestesia e Rianimazione
ASL2 Lanciano-Vasto - Chieti (Italia)

L'age management infermieristico: una revisione narrativa

The age management of nursing: a narrative review



ABSTRACT

Introduzione

L'Age management è divenuta oggi un'arma strategica, ma a doppio taglio, nella mani delle Aziende, specie quelle sanitarie, dove l'invecchiamento della forza lavoro infermieristica è una tendenza globale e consolidata da tempo.

Obiettivi

Obiettivo di questa revisione è esplorare l'Age management sanitario, focalizzandoci sugli Infermieri, per capirne la gestione all'interno delle Aziende e verificare se esistono strategie utili per trattenerli attivi e produttivi, senza dispersione del loro bagaglio d'esperienza.

Materiali e Metodi

Sono state consultate le banche dati biomediche e riviste elettroniche con arco temporale dal 2018 al 2024, utilizzando le keywords riportate.

È stato utilizzato il P.R.I.S.M.A. Statement ed una tavola di estrazione dati, per la conduzione, selezione e sintesi degli studi.

Risultati

Nella revisione finale sono stati inclusi sette studi primari, sei studi secondari ed un articolo in rivista.

La quasi totalità degli studi ha evidenziato iniziative simili per supportare gli infermieri più anziani, suddivisibili in quattro macrotemi: Flessibilità oraria, Programmi di mentoring con esercizio fisico e stili di vita sani, Ritiri di lavoro e maggior sviluppo professionale ed infine Salute e sicurezza sul lavoro e Formazione continua.

Discussione e Conclusioni

Per trattenerne il personale infermieristico più anziano, le strategie di gestione e di pianificazione sono essenziali, ma attualmente carenti.

L'age management può aiutare a ridurre infortuni, malattie, costi di assunzione e formazione, specie in questo momento di contrazione professionale.

Questa revisione ci suggerisce la necessità d'interventi olistici che riconoscano l'esperienza lavorativa degli infermieri anziani, supportandoli e rendendoli soddisfatti e coinvolti.

Parole chiave

Age Management, Infermieri, Strategie.

Introduction

The age management has now become a strategic, but double-edged weapon in the hands of companies, especially healthcare companies, where the aging of the nursing workforce is a global and long-established trend.

Objectives

The objective of this review is to explore health care age management, focusing on nurses, in order to understand their management within companies and to see if there are any useful strategies to keep them active and productive, without wasting their experience.

Materials and Methods

Biomedical databases and electronic journals with a time span from 2018 to 2024 were consulted, using the keywords reported.

The PR.I.S.M.A. Statement and a data extraction table were used for the conduct, selection and synthesis of studies.

Results

Seven primary studies, six secondary studies and one journal article were included in the final review.

Almost all of the studies showed similar initiatives to support older nurses, which can be divided into four macro-themes: Hourly flexibility, Mentoring programmes with exercise and healthy lifestyles, Work retreats and increased professional development and finally Occupational Health and Safety and Continuing Education

Discussion and Conclusions

To retain older nurses, management and planning strategies are essential but currently lacking.

Age management can help reduce injuries, illnesses, recruitment and training costs, especially at this time of professional contraction.

This review suggests the need for holistic interventions that recognise the work experience of older nurses, supporting them and making them satisfied and involved

Keyword

Age management, Nurses, Strategies.

INTRODUZIONE

Il concetto di age management affonda le sue radici alla fine degli anni 90, quando Alan Walker analizzò l'ascesa in Europa di un interesse per le diverse strategie di gestione dell'età dei lavoratori pubblici e privati (Walker, 2001). Queste pratiche si riferiscono allo sviluppo ed all'attuazione di misure implementate sul posto di lavoro per migliorare la salute e la produttività dei lavoratori di età pari o superiore a 45 anni (Pedro et al., 2020) ed al fine di sostenere e trattenere questi professionisti (Cepellos & Tonelli, 2017) e stimolare quello che viene definito un 'invecchiamento di successo'.

La World Health Organization (WHO) definisce lavoratori anziani, proprio gli individui di età pari o superiore a 45 anni, in quanto questa età segna l'inizio dei cambiamenti fisici e cognitivi associati all'invecchiamento (Sato et al. 2017).

L'invecchiamento di successo è invece un concetto multidimensionale, descritto da Robert J. Huvighurs nel 1961 e definito come il soddisfacimento di molteplici bisogni essenziali, come uno stile di vita desiderabile, il mantenimento dei propri interessi e della propria autonomia, il sentirsi soddisfatti del proprio status ed in generale essere felici e soddisfatti della propria vita.

I lavoratori invecchiano e dunque anche l'invecchiamento della forza lavoro infermieristica è divenuta una tendenza globale e consolidata da tempo (Wells & Norman, 2009).

Negli Stati Uniti è stato identificato come un problema significativo dal 2000 ed attualmente si stima che il 50% degli infermieri registrati abbia più di 50 anni.

Allo stesso modo il 37,5% degli infermieri australiani, il 38,9% degli infermieri canadesi e il 22,3% degli infermieri giapponesi hanno più di 50 anni.

Nel Regno Unito il 34,5% degli infermieri impiegati dal Servizio Sanitario Nazionale (NHS) ha un'età compresa tra 45 e 54 anni e il 14,3% ha più di 55 anni (Ryan et al. 2018).

L'innalzamento dell'età media lavorativa (e di vita), ha quindi prodotto inevitabili ripercussioni sulle attività sanitarie ed assistenziali, dove c'è sempre più bisogno di un efficiente e strategica organizzazione lavorativa.

L'age management affronta questo problema, combinando la capacità lavorativa del personale, con la gestione strategica delle relazioni umane, per raggiungere gli obiettivi organizzativi, ovvero, secondo Ilmarinen (2005): "gestire la capacità lavorativa e l'organizzazione del lavoro dal punto di vista del corso della vita e delle risorse delle persone, indipendentemente dal fatto che i cambiamenti siano causati dal processo di invecchiamento o da altri fattori legati all'età".

Nel 2016, l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), ha pubblicato una guida elettronica per contribuire all'attuazione delle pratiche di gestione dell'età.

Queste pratiche consistono in una serie di azioni per promuovere e supportare i lavoratori anziani, ma ciò nonostante pochissimi studi fino ad oggi hanno fornito un quadro completo sulla gestione dell'età, evidenziando la necessità di una revisione integrativa sull'argomento (Pedro et al. 2020).

Considerata l'attualità dell'argomento e il crescente numero di lavoratori anziani nei contesti sanitari, è stata condotta una revisione narrativa, con lo scopo di ricercare e sintetizzare quanto più presente sul tema, nel panorama scientifico nazionale ed internazionale, per portare alla luce le eventuali strategie, programmi o azioni, che maggiormente possono incidere nel mantenimento non solo attivo ma anche produttivo, della forza lavoro infermieristica, ritardandone il pensionamento o evitandone l'abbandono.

I lavoratori più anziani sono i più qualificati e produttivi, ma sono anche i più vulnerabili; tendono infatti a soffrire di malattie croniche più facilmente e la presenza di queste condizioni favoriscono la discriminazione o la disparità di trattamento sul luogo di lavoro (Letvak, 2002).

Risultano anche a maggior rischio di stress lavorativo, infortuni alla schiena, stanchezza derivante dai turni, e dal recupero del sonno che è sempre più lento e meno ristoratore (Gabrielle et al. 2008).

L'anzianità anagrafica e professionale, è ritenuta inoltre, negativa da parte dei colleghi e dei Responsabili, concentrandosi più sulle difficoltà che sulle potenzialità e questo bias negativo è in parte causato dagli stereotipi e dalle idee sbagliate (Zacher & Hertel, 2018).

Gli infermieri più anziani, offrono una ricchezza di esperienza e competenze che possono avvantaggiare un datore di lavoro ma, tuttavia, solo una conoscenza approfondita dei cambiamenti legati all'età e delle modifiche dell'ambiente lavorativo, può aiutare a far lavorare in sicurezza, nei loro anni pre-pensionamento, questi lavoratori anziani (Gabrielle et al., 2008).

Nel 2003 un sondaggio tra le amministrazioni di alcuni Ospedali negli Stati Uniti, aveva messo in luce tale nascente problematica; infatti, nonostante la maggioranza di essi fosse a conoscenza dell'invecchiamento della forza lavoro e desiderava mantenere attivi i propri infermieri più anziani, il 94% non aveva politiche in atto per soddisfarne le esigenze e l'87% non aveva piani immediati per creare tali politiche (Letvak, 2003).

Nei prossimi anni, in particolare entro il 2030, la domanda globale di operatori sanitari salirà fino ad 80 milioni mentre l'offerta, nel medesimo periodo, dovrebbe raggiungere solo i 65 milioni (Liu et al., 2023).

Se consideriamo che a livello internazionale, infermieri ed ostetriche costituiscono la componente più grande della forza lavoro sanitaria (rappresentano oltre il 50% dell'attuale carenza), capiamo bene, che la loro futura mancanza è una preoccupazione che assume proporzioni mondiali (Liu et al., 2023).

Anche la mancanza di un reclutamento significativo di giovani all'interno della professione infermieristica, nonché il lasso di tempo intercorrente tra l'assunzione e l'entrata in servizio degli stessi, ci indica che vi è una maggiore necessità di mantenere gli infermieri più anziani all'interno della forza lavoro (Wells & White 2014).

Per l'Italia si tratta di un fenomeno nuovo; le tutele pensionistiche ed i contratti di lavoro hanno permesso negli anni passati una fuoriuscita precoce dal mercato del lavoro, tanto da determinare un limitato tasso di occupazione nella fascia di età compresa tra i 55 ed i 64 anni (Guardini et al., 2012) e con i nuovi provvedimenti legislativi in tema pensionistico, la tendenza sarà naturalmente a crescere.

Per questo abbiamo reputato importante indagare, col presente articolo, quale sia oggi, allo stato dell'arte, la gestione dei lavoratori anziani nei contesti sanitari.

È infatti necessario attuare strategie per sostenere e trattenere gli infermieri anziani, incorporarle nelle politiche e nelle iniziative nazionali di pianificazione della forza lavoro e di benessere sui luoghi di lavoro (Armstrong-Stassen & Schlosser, 2011).

OBIETTIVI

Questo studio si pone l'obiettivo di esplorare l'Age management in ambito infermieristico.

I quesiti a cui si è cercato di rispondere in questa revisione narrativa sono i seguenti:

Come viene gestito l'Infermiere "ageing workers" all'interno dei sistemi sanitari?

Esistono strategie, programmi o azioni utili, per trattenerlo attivamente e produttivamente, senza rischiare di perdere questo prezioso bagaglio di esperienze?

Al fine di rispondere alle domande di ricerca è stata applicata la metodologia P.I.C.O.T. (Popolazione, Intervento, Confronto, Risultato, Arco di tempo indagato), utilizzata nelle revisioni sistematiche e che includono studi di intervento, ma che può essere adattata anche a quelle narrative, andando a declinare le componenti che rispondono al quesito di interesse (Chiappinotto et al., 2023).

Il metodo P.I.C.O.T. inoltre, è stato applicato perché ottiene risultati di ricerca più completi rispetto a strategie di ricerca simili (Methley et al., 2014).

TABELLA 1. Metodologia P.I.C.O.T.

POPULATION	Infermieri anziani, over 45
PROBLEM	Ricerca strategie o programmi di gestione delle risorse infermieristiche anziane (over 45)
INTERVENTION	Modalità di gestione, mantenimento e valorizzazione degli infermieri anziani, alla luce delle diverse esigenze dovute all'età
COMPARISON	Comparazione, ove esistenti, dei diversi sistemi e strategie di gestione degli Infermieri over 45, in tutte le realtà nazionali ed internazionali
OUTCOMES	Conoscenza di programmi, sistemi e strategie di gestione, ritenzione e valorizzazione delle risorse Infermieristiche anziane
TIMEFRAME	Articoli e revisioni comprese nell'arco di tempo che va dal 2018 al 2024

MATERIALI E METODI

Disegno di Studio

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura.

Strategia di Ricerca

I documenti di ricerca sono stati reperiti dai seguenti database elettronici: MEDLINE (attraverso PubMed), ResearchGate, Google Scholar, CINAHL.

È stata anche effettuata una ricerca libera su Internet, consultando siti web del settore sanitario, o particolarmente rilevanti per l'argomento, come quello della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (F.I.A.S.O.) e della World Health Organization (WHO); infine sono state consultate anche le referenze bibliografiche degli studi inclusi. La stringa di ricerca utilizzata è stata la seguente: (old OR older OR senior) AND (nurse OR nurses OR nursing) AND (ageism OR agism OR ageist OR ageing workers) AND (workplace OR workforce OR strategies OR intention to retire) NOT (patient OR student).

Similmente, nella ricerca libera su Internet, sono stati combinati tra loro i sopracitati termini, componendoli sui motori di ricerca, nel seguente modo: Management degli infermieri anziani negli ospedali o case di cura, Strategie di gestione degli infermieri over 45, Programmi di gestione degli infermieri anziani.

Processo di selezione degli studi

Il processo di selezione ed identificazione degli studi inclusi è stato eseguito secondo quanto indicato dalle linee guida Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Chiappinotto et al., 2023).

Trattandosi di una revisione narrativa, è possibile includere anche letteratura grigia, come tesi di laurea, atti o abstract di congressi, convegni e seminari o le linee guida (Chiappinotto et al., 2023) rintracciabili anche tramite motori di ricerca libera.

Nella revisione è stata inclusa la letteratura dal 2018 al 2024: si è scelto di analizzare la letteratura più recente data la continua evoluzione dei programmi di gestione del personale infermieristico ed alla luce dell'attuale innalzamento dell'età media lavorativa, di vita e dell'età pensionabile dei lavoratori.

La stringa composta e la ricerca libera su internet, hanno restituito 343 articoli, utilizzando ove possibile, l'ausilio di filtri come quello di tempo, specie ed età, per meglio indirizzare la ricerca.

Dopo la rimozione dei duplicati, sono stati sottoposti a screening per titoli ed abstract 328 studi; successivamente, eliminando gli studi irrilevanti per l'argomento tramite l'applicazione dei criteri d'inclusione ed esclusione, abbiamo identificato 19 studi potenzialmente ammissibili per la revisione finale.

Infine, dopo lettura dei testi completi, 5 articoli sono stati esclusi perché non hanno soddisfatto l'obiettivo della ricerca e/o la popolazione target, mentre sono stati inclusi 14 articoli, di cui 7 primari, 6 secondari ed un articolo in rivista (Tabella 2).

Criteri d'inclusione ed esclusione

L'ammissibilità dei documenti nella revisione è stata effettuata sulla base dei sottocitati criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri di inclusione:

- Popolazione: infermieri con età superiore ai 45 anni, in tutte le posizioni lavorative (manager, clinici ecc.)
- Anno di pubblicazione: studi pubblicati dal 2018 al 2024
- Contesto: area sanitaria e/o assistenziale, strutture ospedaliere e non, pubbliche e private
- Tematiche: strategie di ritenzione lavorativa, programmi lavorativi particolari e di supporto ai lavoratori anziani
- Sono stati inclusi tutti gli studi, indipendentemente dalla tipologia, dal paese e dalla lingua di pubblicazione.

Criteri d'esclusione:

- Studi di gestione o programmazione lavorativa, che non comprendessero infermieri

Analisi e sintesi degli studi

In questa revisione è stata utilizzata, per l'analisi e sintesi dei risultati, la "tavola di estrazione dati" composta da tante colonne quanti gli elementi ritenuti importanti (autori ed anno, area geografica ed ambito lavorativo, disegno di studio, obiettivi/i, campione di studio, risultati e conclusione), al fine di ottenere le informazioni necessarie sulle caratteristiche ed i risultati degli studi inclusi (Tabella 4).

Caratteristiche degli studi

Gli studi reperiti hanno abbracciato un setting lavorativo specifico (prettamente ospedaliero nel sistema sanitario locale).

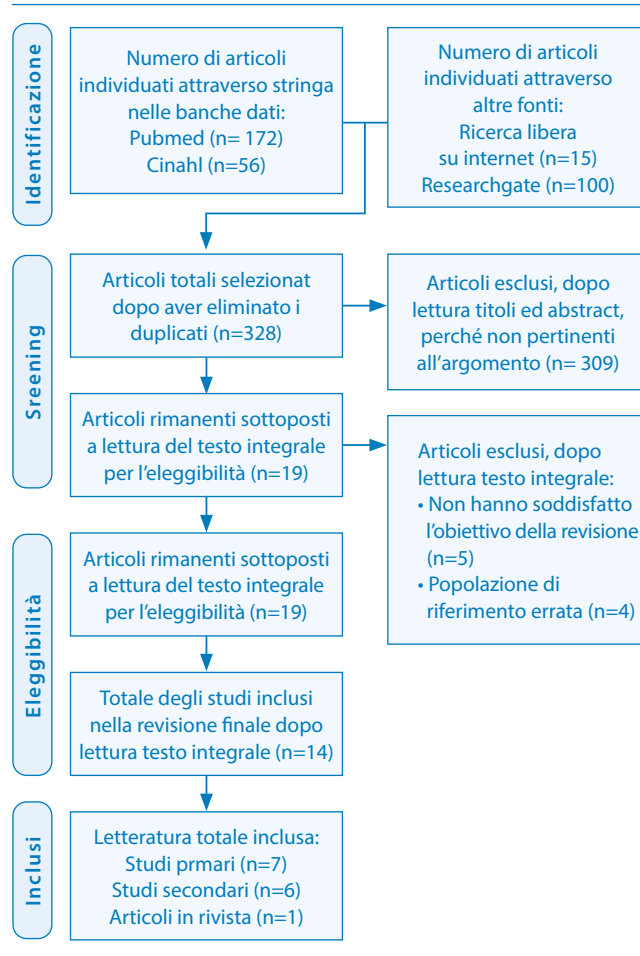
Quasi tutti gli articoli sono in lingua inglese e sono stati condotti in un ambito geografico estremamente ampio (Europa, U.K., U.S.A., Brasile, Nuova Zelanda, Canada, Australia) così come ampio è stato il ventaglio della tipologia di studi selezionati, che vanno da revisioni sistematiche a studi randomizzati e controllati (RCT).

Sei studi si sono concentrati nel complesso, sulle pratiche di gestione dell'età o strategie di pianificazione per trattenere gli infermieri più a lungo nel tempo, sul luogo di lavoro (Denton et al., 2020, Montayre et al., 2023, Merkel et al., 2019, Morgan et al., 2020, Ryan et al., 2019) o sulla promozione di un sano invecchiamento (Maatouk, 2018). Due studi hanno esaminato le esperienze degli infermieri in merito all'invecchiamento e/o alla possibilità di pensione (Braz et al., 2021, Sousa-Ribeiro et al., 2022), uno sulla attuale situazione in Italia in merito (Isolani & Comi 2019), tre sui fattori che spingono i lavoratori anziani a ritardare il possibile pensionamento (Nurmeksela et al., 2023, Söderbacka et al., 2022, Markowski et al., 2020), uno sugli atteggiamenti basati sull'età e sull'ageismo, nei confronti del personale infermieristico più anziano (Schüttengruber et al., 2024) ed uno sulle relazioni esistenti tra soddisfazione lavorativa, ambiente di lavoro e buon invecchiamento e come questi si associno all'intenzione degli infermieri di andare in pensione (Wargo-Sugleris et al., 2018).

RISULTATI

Negli studi inclusi, condotti in ambito nazionale ed internazionale, è stata posta l'attenzione sulle criticità derivanti dall'aumento medio di vita lavorativa, che si ripercuote a cascata, sui lavoratori sanitari anziani, con la crescente necessità di interventi ed approcci (Montayre et al. 2023) per il loro mantenimento attivo e produttivo.

TABELLA 2. Processo di selezione ed identificazione degli studi inclusi: Diagramma P.R.I.S.M.A. (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)



Dagli studi primari e secondari, pubblicati negli ultimi 6 anni, le principali tematiche emerse, sono state riassunte in quattro macro-temi sotto specificati:

- 1) Flessibilità oraria e riduzione del tempo di lavoro
- 2) Programmi di mentoring ed Interventi di esercizio fisico e stili di vita
- 3) Ritiri da attività lavorativa appositamente progettati e Maggior sviluppo professionale e di carriera
- 4) Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e Formazione continua

Flessibilità oraria e riduzione del tempo di lavoro

Dai risultati della letteratura emerge l'importanza della possibilità per i lavoratori anziani di disporre di flessibilità oraria, in entrata ed in uscita dal turno di lavoro, e di riduzione del tempo di lavoro, con contratti di tipo part-time. Lo studio di Ryan et al. (2019) indica come si possa aumentare la permanenza lavorativa degli infermieri anziani, limitando l'impatto negativo del lavoro a turni attraverso lo sviluppo e l'implementazione di piani di lavoro personali e flessibili, fatti a misura del singolo professionista.

Anche il sondaggio di Morgan et al. (2020) coinvolgente gli infermieri di Anestesia americani (C.R.N.A.) dichiara come le politiche debbano affrontare la necessità di flessibilità sia nella pianificazione oraria, che nell'introduzione del lavoro part-time e del pensionamento graduale.

Nella revisione sistematica di Montayre (2023) si sottolinea come ben cinque studi abbiano riportato collegamenti positivi, tra la disponibilità di lavoro flessibile, il benessere degli infermieri più anziani e l'intenzione di rimanere attivi dal punto di vista lavorativo; la possibilità di usufruire di misure personalizzate per gli infermieri più anziani (orari flessibili, obiettivi modificati e specifici per età) è indirettamente, ma significativamente, correlato al benessere sul lavoro ed all'intenzione di rimanere all'interno dello stesso (Montayre et al., 2023).

Per consentire e convincere gli infermieri più anziani, a rimanere sul posto di lavoro, nella scoping review di Denton et al. (2020) si riporta come, ben 12 studi, abbiano suggerito un supporto organizzativo con riduzione delle ore di lavoro, condivisione o scaglionamento degli orari di inizio e fine turno, come parte integrante di un programma flessibile.

Di contro però, in uno degli studi, viene riportato come tale flessibilità oraria, dipendesse dal tipo di ruolo in cui una persona era impegnata e quindi, non era disponibile per tutto il personale infermieristico anziano, concludendo che, la cultura dell'assistenza infermieristica, nei fatti, sembra scoraggiare tali accordi (Denton et al., 2020). Tuttavia le misure relative alla modifica del lavoro (che sia organizzativa o di orario) sono state utilizzate in maniera reattiva più che proattiva, ma ha comunque contribuito a riportare al lavoro dipendenti, anche con capacità lavorative ridotte o che avevano subito lunghi e costosi congedi per malattia (Merkel et al., 2019).

Anche nella revisione sistematica di Schüttengruber et al. (2024), si evidenzia come sia stato già dimostrato, che la riduzione dell'orario di lavoro incoraggi gli infermieri più anziani a rimanere nel mondo del lavoro, in quanto la modulazione e la flessibilità dell'orario fanno parte di quei fattori di attrazione, che hanno dimostrato di motivare il personale infermieristico a rimanere più a lungo.

Anche la rotazione del personale, tra attività lavorative più pesanti e più leggere, o dedicare ruoli meno gravosi fisicamente agli infermieri più anziani, potrebbe aiutare al raggiungimento dello scopo (Schüttengruber et al., 2024). Parimenti anche Nurmeksela et al. (2023) riportano come, tra i sei fattori promuoventi il lavoro oltre l'età pensionabile, vi siano proprio gli accordi di lavoro personalizzati ed anche Markowski et al. (2020) evidenziano come, un sentimento positivo nei confronti del lavoro, sia influenzato da una serie di condizioni, tra cui il lavoro flessibile e la scelta dell'orario di lavoro.

Analogamente, dallo studio di Braz et al. (2021), gli infermieri dichiarano di aver comunque sviluppato plasticità, adattamento e flessibilità ai cambiamenti di vita indotti dal lavoro, cogliendoli come possibilità di miglioramento ed evoluzione professionale e rifiutando, quindi, la stagnazione.

Isolani & Comi (2019) definiscono d'altronde 'una sfida comune', quella di progettare regole e sistemi, che permettano e favoriscano da un lato, l'uscita graduale dalla vita attiva del lavoratore e dall'altro una gestione flessibile del tempo parziale rimanente, anche tenendo conto di un'eventuale riduzione della produttività nelle ultime fasi di carriera (Isolani & Comi 2019).

Programmi di mentoring ed interventi di esercizio fisico e stili di vita

Nella revisione di Montayre et al. (2023) si evince che, i programmi di mentoring, sono correlati al benessere ed ai tassi di non abbandono dell'attività lavorativa degli infermieri più anziani; in particolare, in questi programmi, tali infermieri hanno beneficiato dell'opportunità di fornire tutoraggio a colleghi più giovani e tutti hanno descritto l'esperienza come gratificante, significativa e piacevole (Clauson et al. 2011; Cleaver et al. 2021; McDonald et al. 2010; Thorpe et al. 2009).

Di contro, è stato riportato un aumento della quantità di stress poiché, organizzare il proprio tempo per fornire supporto, è stato motivo di colpa ed ansia, a causa del ruolo impegnativo; pertanto, è necessario essere consapevoli di come, i programmi di mentoring, possano essere estremamente utili ma con potenziali conseguenze indesiderate, derivanti dal maggior impegno del lavoratore a fronte del meno tempo a disposizione (Montayre et al. 2023).

Anche Söderbacka et al. (2022) nello studio sulle cause che danno vitalità ai lavoratori anziani per una carriera lavorativa prolungata, cita tra le risorse sanitarie interne, l'opportunità di utilizzare le proprie conoscenze e le proprie competenze acquisite nel tempo e sicuramente il mentoring, può essere una di queste opportunità.

Nello studio di Merkel et al. (2019) si fa presente inoltre, che per quanto riguarda le sovraccariche misurate relative al trasferimento delle conoscenze, le organizzazioni sanitarie non utilizzano in modo coerente il mentoring.

Saranno successivamente obbligate a riassumere i loro ex dipendenti, con contratti part-time, una volta raggiunta l'età pensionabile.

Per quel che concerne le attività e gli esercizi fisici o stili di vita, Braz et al. (2021) afferma nel suo studio, che gli infermieri anelano ai benefici di una vecchiaia sana, mostrando atteggiamenti efficaci e positivi nei confronti delle attività fisiche e sociali per raggiungere questo obiettivo, facendo l'esempio di attività come il ballo o la camminata; inoltre, sottolinea quanto sia necessario sviluppare buone abitudini che possano essere promosse attraverso un'attenta analisi dei comportamenti.

Sulla stessa riga, sono le considerazioni di Morgan et al. (2020), che afferma come, iniziative di benessere quali la cessazione del fumo, l'attività fisica ed uno stile di vita sano, possono aiutare a ridurre molti dei problemi di salute associati all'invecchiamento.

Nello specifico, nella revisione di Montayre et al. (2023), tra gli interventi di esercizio fisico vengono menzionate le sedute di Thai Chi e yoga ma anche incontri di confronto con team di psicologi o sessioni di educazione sanitaria "face to face" ed in e-learning o DVD, che hanno tutti portato a riscontri positivi

in termini di stress, controllo del peso corporeo, salute fisica e mentale e riduzione del rischio di lesioni muscolo scheletriche (Das Gecim & Esin, 2021, Nahm et al. 2014 e Palumbo et al. 2012).



Ritiri da attività lavorativa e maggior sviluppo professionale e di carriera

L'idea alla base del ritiro, appositamente progettato, da attività lavorativa per gli infermieri anziani, è quella di riflettere, condividere storie e dialogare sul vero significato della cura, attraverso delle giornate di 'ritiro orientato' (Montayre et al. 2023).

Nella revisione, infatti, due articoli in studio hanno riportato risultati contrastanti sugli effetti dei ritiri sopracitati, per gli infermieri più anziani, ma entrambi hanno ipotizzato che, l'impegno lavorativo degli infermieri ed il senso dello scopo lavorativo, migliorerebbe o comunque non peggiorerebbe, dopo un po' di tempo lontano dal lavoro, in un ambiente di ritiro, basato sul team (Kuykendall et al. 2014; Schaufeli et al. 2002).

Altro legame positivo, riscontrato nella nostra revisione, è stato quello tra la percezione della possibilità di sviluppo di carriera e l'intenzione degli infermieri più anziani di continuare a lavorare anche in età avanzata (Montayre et al. 2023); nello studio condotto da Ryan et al. (2018) viene indicato come, una maggiore autonomia dei ruoli (più responsabilizzati, ampliati o flessibili) fidelizzi maggiormente l'infermiere anziano, combattendo nei fatti, il ritiro anticipato degli stessi.

Markowski et al. (2020) mette in luce però, che gli infermieri di età pari o superiore a 45 anni, hanno meno accesso allo sviluppo professionale continuo; i risultati di tale studio hanno evidenziato come la scarsa soddisfazione sul

lavoro ha contribuito ad anticipare l'idea di pensionamento, mentre al contrario, una maggiore soddisfazione lavorativa ha contribuito in modo significativo, all'intenzione di rimanere, come rilevato anche da Wargo-Sugleris et al. (2018).

Sulla base di quanto affermato, Markowski et al. (2020) puntualizza come, tra i fattori di spinta maggiore per l'insoddisfazione lavorativa, vi è appunto la mancata possibilità di sviluppo, mentre al contrario, la soddisfazione, è riferita alla possibilità per gli infermieri più anziani, di avere una voce che conta e ricevere supporto dalla direzione di linea.

Anche Braz et al. (2021) affermano che gli infermieri si sentono realizzati attraverso le loro scelte ed il raggiungimento degli obiettivi professionali prefissati, che hanno poi, effetti positivi, sul processo di invecchiamento.

Infine, è degno di nota, quanto affermano Isolani & Comi (2019), che pongono l'accento sulla necessità di politiche gestionali proattive; in tal senso, i percorsi di carriera, possono disegnare posizioni che valorizzino il professionista, anche attraverso il trasferimento di competenze ai giovani, per esempio con la creazione di programmi di mentoring (tornando quindi anche al punto precedente), che diventano fondamentali nelle attività mediche tanto come nelle infermieristiche (Isolani & Comi, 2019).

Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e formazione continua

Nella revisione di Montayre et al. (2023) si mette in risalto come, l'utilizzo di programmi preventivi, abbiano ridotto significativamente le lesioni alla schiena ed i costi associati al lavoro perso; in particolare, in uno studio, sono stati esaminati gli effetti di un programma di sollevamento dei pazienti, sulla produttività e sicurezza degli infermieri più anziani nel luogo di lavoro; il programma prevedeva lo screening e la formazione per operare come un team di supporto al sollevamento, per poi formare gli altri infermieri, in particolare quelli più anziani, in tecniche di sollevamento appropriate (Guthrie et al. 2004).

Nel complesso, lo studio ha evidenziato che, l'implementazione del team di sollevamento, ha ridotto significativamente le lesioni alla schiena ed i costi associati al lavoro perso; inoltre gli infermieri, specie quelli più anziani, si sono dichiarati soddisfatti nonostante, inizialmente, affermassero che tale programma non fosse necessario (Guthrie et al. 2004).

Nello studio di Maatouk et al. (2018), un campione di 115 infermieri di età superiore o uguale a 45 anni, provenienti da 4 siti ospedalieri tedeschi, è stato coinvolto in un RCT, riguardante sette sessioni settimanali di 120 minuti (ed una di richiamo dopo sei settimane) sulla salute nei luoghi di lavoro.

Tali sessioni combinavano elementi basati sul modello S.O.C. con diverse strategie per la prevenzione dello stress; l'S.O.C. può essere definita come una combinazione di strategie d'azione legate ad un obiettivo, in cui i partecipanti, definiscono tale obiettivo specifico (selezione), sviluppano un piano d'azione per raggiungerlo in modo ottimale (ottimizzazione) e prendono in considerazione strategie alternative in caso di impedimenti esterni o interni (compensazione) (Maatouk et al., 2018).

I risultati, misurati tramite questionari self-report convalidati, hanno mostrato significativi effetti positivi sulla salute mentale ed un piccolo effetto significativo riscontrato anche sulla qualità della vita e salute psicologica; sono stati riscontrati inoltre effetti positivi su irritazione generale, irritazione emotiva ed irritazione cognitiva (Maatouk et al., 2018).

La salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, passa anche da programmi efficienti di mobilità interna, capaci di ridurre il rischio di noia o di burn out e di migliorare la comunicazione e la cooperazione tra unità operative (Isolani & Comi 2019).

Anche lo studio di Sousa-Ribeiro et al. (2022) rafforza l'importanza di ambienti di lavoro sani, che promuovano l'invecchiamento sul posto di lavoro, per consentire ed incoraggiare una vita lavorativa più lunga; la presenza di personale lavorativo stabile ed adeguato, può consentire un carico ed un ritmo di lavoro ragionevole, con un maggior senso di controllo sul lavoro stesso.

Sebbene tali condizioni siano vantaggiose per tutti, lo sono particolarmente per i dipendenti più anziani, per proteggere la loro salute attuale, ridurre lo stress da turnover e l'assenteismo per malattia e contribuendo alla stabilità dei lavoratori coinvolti; la possibilità di adeguare le esigenze alle capacità lavorative individuali, può favorire l'invecchiamento sul posto di lavoro e facilitare il rinvio del pensionamento (Sousa-Ribeiro et al., 2022).

D'altronde, come asserisce Söderbacka et al. (2022) nel suo studio, il luogo di lavoro e le condizioni di lavoro sono importanti ed influenzano positivamente l'energia del lavoratore.

Anche Wargo-Sugleris et al. (2018) è andato ad indagare se l'ambiente e l'invecchiamento di successo, definite aree importanti, possano avere un impatto sulla soddisfazione lavorativa e quindi sul ritardo del pensionamento degli infermieri anziani.

Nello specifico, viene riportato come, per ogni punto di aumento della Work ability index all'interno dell'ambiente di lavoro (strumento di valutazione che indaga la corrispondenza tra richiesta lavorativa e stato di salute e risorse psicofisiche del soggetto), si verificava un aumento medio della soddisfazione lavorativa di 0,9 punti (misurata attraverso la Mueller McCloskey Satisfaction Scale: MMSS); ma contrariamente all'ipotesi iniziale però, ne l'ambiente di lavoro, ne la soddisfazione lavorativa sono risultati associati significativamente agli anni di pensionamento (Wargo-Sugleris et al., 2018).

Nella survey di Morgan et al. (2020) invece, si afferma che un ambiente di lavoro sano e di supporto, migliora la fidelizzazione dei lavoratori anziani, nonostante si dia molta più attenzione alla creazione di ambienti sani per i pazienti, ma meno attenzione agli ambienti per coloro che si prendono cura degli stessi.

Lo spazio di lavoro fisico, come riporta Morgan et al. (2020), può essere infatti una fonte di pericolo per tutti i lavoratori anziani e gli amministratori delle strutture sanitarie dovrebbero prendere in considerazione la valutazione dell'ambiente di lavoro, che deve soddisfare determinati requisiti per ridurre il rischio di scivolamento (pavimentazione), ridurre il rischio di ferite o punture accidentali (illuminazione) o il rischio di traumi (accesso alle attrezzature per la movimentazione dei pazienti).

Molti studi, hanno posto anche l'accento sulle formazioni continue erogate frequentemente, che devono essere previste per la riqualificazione dei lavoratori più anziani; più a lungo infatti un lavoratore, rimane in un posto di lavoro, più probabilmente richiederà una formazione qualificata ed aggiornata e gli infermieri più anziani, spesso rimangono indietro nell'acquisizione di nuove competenze, perché non hanno le stesse opportunità dei loro colleghi più giovani (Montayre et al. 2023; Pedro et al. 2020; Braz et al. 2021).

All'interno della propria revisione, Montayre riporta come lo studio di Pool et al. (2013), di contro, ha invece segnalato che gli infermieri più anziani, non sono unanimemente entusiasti dell'apprendimento continuo, a causa di una mancata percezione dei benefici derivanti da esso nello sviluppo professionale residuo.

Secondo Isolani & Comi (2019), non si può comunque, prescindere dalla formazione continua, in quanto definita come 'aspetto a cui prestare particolare attenzione'; è vero che i lavoratori più anziani, potrebbero avere minori incentivi a rimanere aggiornati, in ragione della loro prospettiva lavorativa più breve, ma in un'epoca di grandi innovazioni tecnologiche, le aziende devono insistere affinché tutti i dipendenti, mantengano adeguate le proprie competenze nel tempo, senza permettere ai più anziani di restar fuori dai programmi di aggiornamento e formazione (Isolani & Comi 2019).

Servirebbero approcci generazionali alla formazione tecnologica, dichiara Morgan et al. (2020), ad esempio, riconoscendo che un approccio "taglia unica" potrebbe non essere appropriato. Secondo Markowski et al. (2020) infatti, la decisione di cessare di lavorare (drop out) o di continuare, per gli infermieri, dipende da un insieme di fattori in cui salute, sicurezza ed appunto formazione professionale, concorrono in egual misura.

Servirebbero approcci generazionali alla formazione tecnologica, dichiara Morgan et al. (2020), ad esempio, riconoscendo che un approccio "taglia unica" potrebbe non essere appropriato.

Secondo Markowski et al. (2020) infatti, la decisione di cessare di lavorare (drop out) o di continuare, per gli infermieri, dipende da un insieme di fattori in cui salute, sicurezza ed appunto formazione professionale, concorrono in egual misura.

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura, pur nei limiti dell'approccio narrativo scelto, conferma che, l'Age management, è divenuta una preoccupazione cruciale nell'attuale contesto di invecchiamento della forza lavoro, in quanto i manager che sapranno lavorare efficacemente con le diverse fasce d'età, nelle loro aziende, saranno in grado di ottenere risultati migliori, migliorando la salute e la sicurezza dei propri dipendenti e creando condizioni favorevoli per l'implementazione di pratiche virtuose di gestione dell'età (Pedro et al., 2020).



Gli alti tassi d'uscita, contrapposti parallelamente ai tassi di ingresso in stallo, amplificati dall'invecchiamento della popolazione e più recentemente, funestati dalla pandemia di COVID-19, hanno messo a dura prova la forza lavoro infermieristica mondiale (Montayre et al. 2023).

Emerge dunque che sono urgentemente necessari, programmi basati sull'evidenza, per supportare gli infermieri più anziani sul posto di lavoro e per garantire la sostenibilità di carriera per questo gruppo di professionisti (Montayre et al. 2023).

Poiché infatti, l'età media degli infermieri continua ad aumentare e vi è una necessità di professionisti ben istruiti ed esperti, è fondamentale comprendere e spiegare i fattori che influenzano la permanenza e ritardino il pensionamento (Wargo-Sugleris et al., 2018).

Purtroppo, le organizzazioni sanitarie, continuano a focalizzare l'attenzione sul reclutamento più che sul mantenimento del personale anziano (Wargo-Sugleris et al., 2018) e questo va scontrandosi con i limiti insiti nella professione stessa e nelle organizzazioni lavorative, all'interno delle quali, i citati professionisti sanitari, si confrontano e si scontrano con una realtà così diversa, dei fatti.

Come definito nello studio di Merkel et al. (2019) si fa presente che diversi paesi ed organizzazioni sanitarie, segnalano una mancanza di personale qualificato, quali potrebbero essere invece, i lavoratori sanitari anziani, ma non avendone piena consapevolezza utilizzano misure reattive, più che proattive (Wallin & Hussi, 2011).

Le aziende ad oggi rispondono ancora reattivamente senza comprendere che, non riuscire ad adattarsi per anticipare gli eventi o non dotarsi di una visione a lungo raggio, diventa oneroso per tutti: singoli lavoratori, Imprese ed Aziende sanitarie (Chomik et al. 2021).

Quanto precedentemente esposto e richiesto dall'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) rimane pertanto, un appello inascoltato.

Negli ultimi anni, il tasso di turnover tra gli infermieri, è aumentata significativamente e parallelamente all'età.

Gli Infermieri più anziani rispetto ai colleghi più giovani mostrano quasi 3 volte di più la volontà di abbandonare l'attività lavorativa (Liu et al. 2023) a causa delle difficoltà che affrontano nel realizzarsi in un ambiente di lavoro in cui, svolgono le stesse attività per anni (Wray et al. 2008).

Spesso tali prestazioni, sono assimilabili a quelle con livelli di istruzione inferiori, per via di una difficile e farraginoso mobilità di pensiero e di management assistenziale ed organizzativo.

Se infatti da un lato è sempre più evidente che, i datori di lavoro, hanno bisogno di strategie nuove e migliori per cogliere le opportunità che una forza lavoro più anziana presenta, trasformandola in un vantaggio competitivo, d'altra parte la letteratura selezionata ci mostra che, non ci sono attualmente programmi, linee guida o prassi univoche, in grado di cogliere e canalizzare queste opportunità.

Condizioni di lavoro sane ed interventi di gestione della prevenzione e della disabilità, dovrebbero essere preoccupazioni organizzative che abbraccino tutta la durata della vita lavorativa dei dipendenti (Sousa-Ribeiro et al., 2022). È utopico immaginare un ambiente lavorativo che non si evolva, di pari passo, con le mutate e multiple esigenze dei lavoratori anziani.

Le difficoltà incontrate dai lavoratori anziani, nell'ambiente sanitario, che è fisicamente ed emotivamente molto esigente (basti pensare alla scarsità del riposo notturno), possono esacerbare tutte le sfide e le conseguenti opportunità (Gabrielle et al. 2008; Fitzgerald, 2007).

Emergeranno le difficoltà di una componente lavoratrice, quali gli infermieri, sempre più in deplezione di fronte alla crescente migrazione internazionale (Wells & Norman, 2009) ed alle attrattive nuove e diversificate che spingono sui fattori e sugli elementi determinanti il mantenimento attivo all'interno della professione (Markowski et al. 2020).

I dati indicano infatti, che gli infermieri formati all'estero sono in aumento ed il tutto porta a sottolineare la necessità, per i pianificatori della forza lavoro, di tenere conto all'interno dell'invecchiamento, della componente infermieristica e della dipendenza da infermieri formati all'estero come soluzione alle difficoltà a breve termine (Ryan et al. 2018).

Promuovere la salute sul luogo di lavoro è dunque la parte più importante della prevenzione ed i programmi offerti sul luogo di lavoro, quando presenti, offrono una buona opportunità per raggiungere sia personale ad alto rischio di affaticamento psichico, che soggetti con sintomi definiti 'subclinici' (Maatouk et al., 2018).

Per gli infermieri anziani, però, non esiste un unico studio che raccolga gli interventi o si concentri sui loro bisogni, nonostante il processo definito di 'buon invecchiamento' sul luogo di lavoro è stato studiato sia teoricamente che empiricamente (Maatouk et al., 2018).

Prove crescenti, indicano infatti, il valore e l'importanza di sforzi sfaccettati, che incorporino una combinazione di diversi fattori, per sostenere e trattenere gli infermieri più anziani (Feldman et al. 2015; Duffield et al. 2015).

Per trattenere tale fetta di personale infermieristico, le strategie di gestione dell'età ed il tempo dedicato alla pianificazione di tali strategie, sono essenziali ma attualmente carenti (Schüttengruber et al., 2024).

Emerge quindi, all'interno della nostra revisione, la necessità di approcci ampi, che riconoscano l'esperienza lavorativa, promuovano il senso dello scopo sul lavoro ed affrontino i risvolti sia fisici che psicologici della professione, in modo da supportare positivamente gli infermieri più anziani e renderli maggiormente soddisfatti e coinvolti (Montayre et al. 2023).

Sarà responsabilità degli attuali leader, creare un ambiente di lavoro che sia accogliente, solidale e sicuro; gli attuali modelli di lavoro, che includono turni lunghi, responsabilità cliniche ripetitive e tecnologia in rapida evoluzione, presentano sfide uniche per l'invecchiamento della forza lavoro (Morgan et al., 2020).

Limiti della revisione

L'approccio narrativo utilizzato riflette il principale limite di questa revisione.

Sono stati analizzati molteplici contesti socio-sanitari: le differenze esistenti fra i setting analizzati ne dimostrano l'influenza di fattori contestuali come la cultura e la storia del Paese.

C'è inoltre da considerare il limite della soggettività nella selezione delle fonti (non esaustività o mancanza di sistematicità) o il possibile utilizzo di studi non corrispondenti alle necessarie caratteristiche di qualità.

Altro bias riguarda i tempi di pubblicazione e di citazione (alcuni studi sono più citati di altri da alcuni autori) degli studi inclusi.

Quasi tutti gli articoli selezionati, infine, mettono in evidenza la limitata quantità di prove a sostegno sull'argomento e la necessità di ulteriori studi per estendere le attuali conoscenze sulle pratiche di gestione ed attuazione dell'age management.

CONCLUSIONI

Da quanto emerso da questa revisione narrativa si può affermare che l'age management rappresenta certamente un argomento di rilevante importanza all'interno dei sistemi sanitari mondiali.

L'aumento dell'età media della popolazione e della qualità della vita, associata ad un avanzamento dell'età pensionabile, rende i professionisti sanitari anziani, sempre più presenti nell'assistenza infermieristica. Da ciò derivano una serie di sfide legate sia al processo fisico dell'invecchiamento ma anche all'ambiente di lavoro.

È necessario dunque che le aziende ed i sistemi sanitari, prendano atto della presenza di questi lavoratori e mettano in essere strategie di gestione che implementino le loro capacità e li mantengano attivi e produttivi, ripensando il loro ruolo e riconoscendo il loro straordinario contributo, anche per evitare che si aggravi una carenza, purtroppo, ormai già critica.

Un aspetto emergente, può essere rappresentato da strategie di condivisione di conoscenze, abilità e competenze acquisite negli anni, con colleghi più giovani e/o neoassunti.

Gli infermieri, specie quelli anziani, chiedono di sentirsi valorizzati, ricevere maggiore responsabilità nel decision making, cercando opportunità paritarie per lo sviluppo di carriera (Storey et al. 2008) che oggi appaiono come una chimera, sullo sfondo di una contrazione della componente assistenziale, non solo in termini numerici ed economici, ma anche professionale data la regressione di appeal e di sicurezza, sempre più minacciata da appetibili opportunità lavorative estere.

Andranno infine, superati stereotipi obsoleti sull'età, che ancora esistono ed insistono nei luoghi di lavoro.

Ciò che questa revisione ci indica è la necessità di un approccio olistico al professionista, supportato sia da un punto di vista fisico che psicologico, potrà influire positivamente sugli infermieri anziani, invitandoli a non abbandonare la professione.

Come affermato da Markowski et al. (2020) andranno creati fattori "pull", prendendo in considerazione programmi e strategie di fidelizzazione, promuovendo un ambiente sicuro in cui gli infermieri over 45 si sentano rispettati ed ascoltati, offrendo loro opportunità di mentoring, flessibilità oraria e supporto nello sviluppo professionale specifico; certamente infatti, limitare l'impatto negativo del lavoro a turni e fornire luoghi di lavoro ergonomicamente migliori, rappresenta una leva strategica.

Vi è urgenza di ripensare e riconfigurare il lavoro in funzione di tale fascia di professionisti, al fine di ottimizzare le capacità mutate e mutate nel tempo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

L'age management infermieristico: una revisione narrativa

TABELLA 3. Tavola di estrazione dati

AUTORE, ANNO, RIVISTA	SETTING ED AREA GEOGRAFICA	DISEGNO DI STUDIO	OBIETTIVO/I	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI
BRAZ, 2021 Revista Brasileira de Enfermagem	OSPEDALIERO BRASILE	STUDIO DESCRITTIVO CON APPROCCIO QUALITATIVO	COMPRENDERE L'ESPERIENZA DELL'INVECCHIAMENTO NELLA PROSPETTIVA DEGLI INFERMIERI CHE LAVORANO IN UN AMBIENTE OSPEDALIERO	11 INFERMIERI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 40 ANNI, CON UN'ETÀ MEDIA DI 46,2 ANNI	LO STUDIO HA SVELATO IL FENOMENO DELL' ESSERE UN' INFERMIERA DURANTE IL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO. È STATO POSSIBILE SVELARE TRE CATEGORIE E LE DIVERSE FACCE DELL'INVECCHIAMENTO OLTRE CHE LE SUE SOTTOCATEGORIE PIÙ RILEVANTI NELLA PROSPETTIVA DELLA FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA	L'EDUCAZIONE GERONTOLOGICA E LA SUA VASTA AREA INTERDISCIPLINARE POSSONO CONTRIBUIRE ALLE TRASFORMAZIONI DEI PROFESSIONISTI INFERMIERISTICI NEL CONTESTO DELLA GESTIONE DELL'ETÀ E DELL' INVECCHIAMENTO
DENTON, 2020 Collegian	OSPEDALIERO AUSTRALIA, U.S.A., U.K., NEW ZEALAND, GERMANIA, SINGAPORE, SPAGNA E FINLANDIA	SCOPING REVIEW	SCOPO DI QUESTA REVISIONE È QUELLO DI IDENTIFICARE LE SFIDE CHE GLI INFERMIERI E LE OSTETRICHE PIÙ ANZIANI INCONTRANO SUL POSTO DI LAVORO E LE STRATEGIE ORGANIZZATIVE NECESSARIE PER SUPPORTARLI	INFERMIERI ED OSTETRICHE DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 45 ANNI	I RISULTATI DI QUESTA REVISIONE EVIDENZIANO LA NECESSITÀ DI MAGGIORI OPPORTUNITÀ DI ISTRUZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE PER GLI INFERMIERI E LE OSTETRICHE PIÙ ANZIANI, NONCHÉ DI UN MIGLIORE SOSTEGNO PER AIUTARLI A CONTINUARE A LAVORARE A PIENO REGIME. PER CONTRIBUIRE A GARANTIRE LUOGHI DI LAVORO SANI PER TUTTI, POTREBBE ESSERE GIUNTO IL MOMENTO DI RIPENSARE IL RUOLO	GLI INFERMIERI E LE OSTETRICHE PIÙ ANZIANI AFFRONTANO UNA SERIE DI SFIDE SUL LAVORO LEGATE AL PROCESSO FISICO DELL'INVECCHIAMENTO E ALL'AMBIENTE DI LAVORO. TUTTAVIA, LE PROVE ATTUALI SUL MODO MIGLIORE PER SOSTENERLI SUL LAVORO SONO LIMITATE. LA REVISIONE EVIDENZIA LA MANCANZA DI PROVE SU COME SUPPORTARE AL MEGLIO TALI PROFESSIONISTI PER CONTINUARE A LAVORARE ATTIVAMENTE
ISOLANI & COMI, 2019 Diritto della sicurezza sul lavoro	SETTORE SANITARIO ITALIA	ARTICOLO EDITORIALE	SCOPO DI QUESTO ARTICOLO È RIASSUMERE LA SITUAZIONE ITALIANA IN TEMA DI AGEING WORKERS ED AGE MANAGEMENT, CON UNA SERIE DI PROPOSTE E SOLUZIONI ORGANIZZATIVE RAGIONevolmente ACCETTABILI	OPERATORI SANITARI ITALIANI	LE DIFFICOLTÀ ATTUALMENTE IN ITALIA, SEMBRANO POTER DIPENDERE DAL FATTO CHE SI TRATTA DI FENOMENI INEDITI ED ALLA NECESSITÀ DI UN'AZIONE DI MANAGEMENT CHE NON RIMANGA LIMITATA ALLA DIREZIONE AZIENDALE. APPARE NECESSARIO UN APPROFONDITO ESAME DELLE CULTURE ORGANIZZATIVE E DEI SISTEMI DI GESTIONE DEL PERSONALE ATTUALMENTE IN ESSERE, PER VALUTARE QUALI SONO I CAMBIAMENTI NECESSARI E PER OTTIMIZZARE AL MEGLIO LE RISORSE UMANE COSÌ COMPLESSE DAL PUNTO DI VISTA DELLA COMPOSIZIONE DEMOGRAFICA	TENUTO CONTO DEL RILIEVO DI TALE SETTORE E DELLE PECULIARI CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE DEI SUOI OPERATORI, VI È URGENZA DI RIPENSARE E RICONFIGURARE IL LAVORO IN FUNZIONE DEI LAVORATORI SEMPRE PIÙ ANZIANI AL SUO INTERNO, AL FINE DI OTTIMIZZARE LE CAPACITÀ MUTATE NEL TEMPO E LA PROFESSIONALITÀ POSSEDUTA, SENZA DISPERDERE LE COMPETENZE; LINEE GUIDA E BUONE PRASSI SONO NECESSARIE E VI È NECESSITÀ PERTANTO CHE LA COMUNITÀ SCIENTIFICA LE COSTRUISCA E LE CONDIVIDA VELOCEMENTE.
MAATOUK, 2018 PLOS ONE	OSPEDALIERO GERMANIA	STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO (RCT)	VALUTARE L'EFFICACIA DI UN INTERVENTO, IN PICCOLI GRUPPI, CHE PROMUOVE L'INVECCHIAMENTO PSICO-FISICO SANO, SUL POSTO DI LAVORO, NEGLI INFERMIERI PIÙ ANZIANI (≥ 45 ANNI.)	115 INFERMIERI DI ETÀ ≥ 45 ANNI	DUE MISURE DI ESITO, LA PRIMA RELATIVA AL BENESSERE E QUALITÀ DELLA VITA CORRELATA ALLA SALUTE MENTALE, LA SECONDA LEGATA ALLA SALUTE MENTALE SU ASPETTI COME: IRRITAZIONE, SINTOMI DEPRESSIVI E SINTOMI DI ANSIA GENERALIZZATA. L'ANALISI HA MOSTRATO SIGNIFICATIVI EFFETTI POSITIVI DEGLI INTERVENTI SULLA SALUTE MENTALE ED UN PICCOLO EFFETTO SIGNIFICATIVO RISCONTRATO PER LA QUALITÀ DELLA VITA E SALUTE PSICOLOGICA. SONO STATI RISCONTRATI EFFETTI POSITIVI SU IRRITAZIONE GENERALE, IRRITAZIONE EMOTIVA E IRRITAZIONE COGNITIVA, MENTRE NON È STATO RISCONTRATO ALCUN EFFETTO TRA I GRUPPI ED I SINTOMI DEPRESSIVI O I SINTOMI DI ANSIA GENERALIZZATA	L'INTERVENTO IN PICCOLI GRUPPI BASATO SU UNA TEORIA DELL'INVECCHIAMENTO DI SUCCESSO, PER GLI INFERMIERI DI ETÀ COMPRESA TRA ≥ E 45 ANNI, SI È RIVELATO EFFICACE PER QUANTO RIGUARDA IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA CORRELATA ALLA SALUTE PSICOLOGICA E ALLA SALUTE MENTALE. PERTANTO, LO STUDIO DIMOSTRA CHE IL BUON INVECCHIAMENTO DELLA FORZA LAVORO PUÒ ESSERE RAGGIUNTO ATTRAVERSO INTERVENTI PREVENTIVI SPECIFICAMENTE PROGETTATI
MARKOWSKI, 2020 Journal of Advanced Nursing	OSPEDALIERO CANADA, U.S.A., AUSTRALIA, BELGIO, CINA, DANIMARCA, FINLANDIA, GERMANIA, ITALIA, NUOVA ZELANDA, SINGAPORE, SPAGNA, U.K.	REVISIONE INTEGRATIVA	LO SCOPO DI QUESTA REVISIONE INTEGRATIVA È QUELLO DI RIASSUMERE E SINTETIZZARE LA LETTERATURA GLOBALE PER COMPRENDERE COSA SPINGE O MENO GLI INFERMIERI AL PENSIONAMENTO E COME VENGONO GESTITI DALLE LORO ORGANIZZAZIONI AZIENDALI PER CREARE FATTORI "PULL" PIUTTOSTO CHE "PUSH"	INFERMIERI DI ETÀ PARI O SUPERIORE AI 45 ANNI	L'AUMENTO DELL'ETÀ INCORAGGIA GLI INFERMIERI A PENSARE AI TEMPI DEL LORO PENSIONAMENTO, LA DECISIONE DI CESSARE DI LAVORARE COME INFERMIERE O DI CONTINUARE DIPENDE, IN PRIMO LUOGO, DALLA SITUAZIONE PERSONALE E, IN SECONDO LUOGO, DAI TERMINI E DALLE CONDIZIONI FORNITE DALL'ORGANIZZAZIONE CHE DÀ LAVORO.	LA CARENZA GLOBALE DI FORZA LAVORO INFERMIERISTICA E LE COMPETENZE DEGLI INFERMIERI PIÙ ANZIANI DIMOSTRANO CHE È UN IMPERATIVO FAR PERMANERE ED INCENTIVARE QUESTA FORZA LAVORO QUALIFICATA. NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA, NON ESISTE, TUTTAVIA, UNA STRATEGIA VALIDA PER TUTTI PER GARANTIRNE IL PROLUNGAMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA. QUALSIASI ORGANIZZAZIONE O DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE E RESPONSABILE INFERMIERISTICO DOVRÀ PRENDERE IN CONSIDERAZIONE STRATEGIE DI FIDELIZZAZIONE E PROMUOVERE UN AMBIENTE IN CUI GLI INFERMIERI PIÙ ANZIANI SI SENTANO RISPETTATI ED ASCOLTATI.

MERKEL, 2019 BMC Health Services Research	OSPEDALIERO U.K.,FINLANDIA, GERMANIA	STUDIO QUALITATIVO	ESPLORARE SE E COME, LE PRATICHE DI GESTIONE DELL'ETÀ SONO APPLICATE DA VARIE ORGANIZZAZIONI E COME QUESTE SUPPORTINO O MENO L'INVECCHIAMENTO DEI PROPRI OPERATORI SANITARI	INFERMIERI, OPERATORI SANITARI E MANAGER DI DIREZIONE OSPEDALIERA DI ETÀ MEDIA 47 ANNI.	SONO STATE IDENTIFICATE SFIDE SIMILI MA STRATEGIE DIVERSE PER RISPONDERVI. I RISULTATI HANNO MOSTRATO CHE LE ORGANIZZAZIONI STUDIALE NON HANNO IMPLEMENTATO ALCUNA STRATEGIA DI GESTIONE SPECIFICA PER L'ETÀ, MA HANNO REALIZZATO DIVERSE MISURE DI RELAZIONE UMANA, SOPRATTUTTO REATTIVA, PER MANTENERE E MIGLIORARE LA CAPACITÀ LAVORATIVA DEI DIPENDENTI	SONO NECESSARIE DIVERSE MODIFICHE SULL'ORARIO DI LAVORO PER AIUTARE I DIPENDENTI ANZIANI A CONTINUARE A LAVORARE, CONSIDERANDO CHE MOLTE MISURE ANDREBBERO A VANTAGGIO SIA DEL DIPENDENTE CHE DEL DATORE DI LAVORO/ORGANIZZAZIONE. LA GESTIONE DELL'ETÀ OFFRE POSSIBILITÀ PROMETTENTI, MA POCHE ORGANIZZAZIONI SEMBRANO VEDERE L'INVECCHIAMENTO COME UN'OPPORTUNITÀ.
MONTAYRE, 2023 International Journal of Nurs	PRESIDI OSPEDALIERI ED ASSISTENZA ALLA COMUNITÀ. SETTING GLOBALE	REVISIONE SISTEMATICA	CERCARE PROVE SUI PROGRAMMI, INTERVENTI, STRATEGIE PER SOSTENERE E/O TRATTENERE GLI INFERMIERI ANZIANI SUL POSTO DI LAVORO	INFERMIERI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 45 ANNI	SONO STATI IDENTIFICATI UNA SERIE DI INTERVENTI E PROGRAMMI PER SOSTENERE GLI INFERMIERI PIÙ ANZIANI, CHE INCLUDEVANO ACCORDI DI LAVORO FLESSIBILI E RIDOTTI, PROGRAMMI DI MENTORING, INTERVENTI SULL'ESERCIZIO FISICO E SULLO STILE DI VITA, SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO E RITIRI A DISTANZA, MA ABBIAMO TROVATO PROVE LIMITATE DEI RISULTATI A SUPPORTO DEGLI AGEING WORKERS, COME RIPORTATO IN PRECEDENTI REVISIONI DELLA LETTERATURA.	LA REVISIONE SUGGERISCE LA NECESSITÀ DI ULTERIORI STUDI DI INTERVENTO CHE VALUTINO RISULTATI SPECIFICI COME LA SALUTE PSICOLOGICA ED EMOTIVA, NONCHÉ INTERVENTI CHE AFFRONTINO PIÙ DIRETTAMENTE LE PREOCCUPAZIONI PIÙ URGENTI CHE GLI INFERMIERI ANZIANI SEGNALANO A LIVELLO PERSONALE ED ORGANIZZATIVO. È NECESSARIO UN CAMBIAMENTO DI PARADIGMA NELLA MISURAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ NEL LAVORO INFERMIERISTICO AL FINE DI AUMENTARE IL VALORE ATTRIBUITO AL CONTRIBUTO UNICO DEGLI INFERMIERI PIÙ ANZIANI
MORGAN, 2020 Geriatric Nursing	SISTEMA SANITARIO AMERICANO U.S.A.	SONDAGGIO	IDENTIFICARE LA PREVALENZA DI INFERMIERI ANESTESISTI ANZIANI E DISCUTERE DI STRATEGIE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO SANO, AL FINE DI AUMENTARE LA LORO FIDELIZZAZIONE, E PIANIFICARE STRATEGICAMENTE IL LORO INEVITABILE PENSIONAMENTO	INFERMIERI ANESTESISTI AMERICANI DI ETÀ MEDIA > 50 ANNI	È STATO DIMOSTRATO CHE UN AMBIENTE DI LAVORO SANO E SOLIDALE MIGLIORA LA FIDELIZZAZIONE DEI LAVORATORI ANZIANI, MA MENTRE È STATA PRESTATA MOLTA ATTENZIONE ALLA CREAZIONE DI AMBIENTI SALUBRI PER I PAZIENTI, MENO ATTENZIONE È STATA DATA AGLI AMBIENTI PER COLORO CHE SI PRENDONO CURA DEI PAZIENTI. È FONDAMENTALE SODDISFARE LE FUTURE ESIGENZE DELLA FORZA LAVORO INFERMIERISTICA CHE INVECCHIA, È FONDAMENTALE UN PROGRAMMA PER TRATTENERE, SVILUPPARE E FAR CRESCERE I LEADER INFERMIERISTICI DI DOMANI. LA PIANIFICAZIONE DEVE ESSERE INTENZIONALE E RICHIEDE L'IMPEGNO PER COINVOLGERE LA PROSSIMA GENERAZIONE.	POICHÉ LA FORZA LAVORO DEGLI INFERMIERI ANESTESISTI AMERICANI CONTINUA AD INVECCHIARE, SARÀ RESPONSABILITÀ DEGLI ATTUALI LEADER E MANAGER, CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO ACCOGLIENTE, SOLIDALE E SICURO. GLI ATTUALI MODELLI DI LAVORO CHE INCLUDONO TURNI LUNGHİ, RESPONSABILITÀ CLINICHE E TECNOLOGIE IN RAPIDA EVOLUZIONE, PRESENTERANNO SFIDE UNICHE. BISOGNA IMPLEMENTARE PIANI INTENZIONALI AFFICHE' LA FORZA LAVORO INFERMIERISTICA RIMANGA PRODUTTIVA E SANA, PER GARANTIRE UN ACCESSO DI ALTA QUALITÀ AL SERVIZIO DI ANESTESIA PER TUTTI I PAZIENTI NEGLI ANNI A VENIRE.
NURMEKSELA, 2023 The Journal of Advanced Nursing	PRESIDI OSPEDALIERI ED ASSISTENZA ALLA COMUNITÀ. SETTING GLOBALE	REVISIONE SISTEMATICA	IDENTIFICARE E DESCRIVERE LE EVIDENZE DISPONIBILI SUI FATTORI CHE SPINGONO GLI INFERMIERI ALLA PROSECUZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA EVITANDO IL PENSIONAMENTO	INFERMIERI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 45 ANNI	I RISULTATI RIVELANO CHE LA VOLONTÀ DI CONTINUARE A LAVORARE È PROPORZIONALE CON L'ETÀ ED I FATTORI CHE HANNO PROMOSSO LA PROSECUZIONE LAVORATIVA SONO: BUONA SALUTE E CAPACITÀ LAVORATIVA, L'IMPORTANZA DI UN REDDITO SUFFICIENTE, LE RELAZIONI DI SUPPORTO ALL'INTERNO DELLA COMUNITÀ LAVORATIVA, ACCORDI DI LAVORO PERSONALIZZATI E RICONOSCIMENTO ORGANIZZATIVO.	LE ORGANIZZAZIONI DEVONO URGENTEMENTE APPLICARE PROGRAMMI DI GESTIONE DELL'ETÀ. GLI INTERVENTI DOVREBBERO MIRARE A RELAZIONI DI SOSTEGNO E AD ACCORDI INDIVIDUALI E FLESSIBILI SUL POSTO DI LAVORO. LA MAGGIOR PARTE DELLE EVIDENZE PUBBLICATE SU QUESTO ARGOMENTO SI BASA PRINCIPALMENTE SULLE OPINIONI E SULLE PREFERENZE SOGGETTIVE DEGLI INFERMIERI, NON SONO STATI TROVATI STUDI DI INTERVENTO O VALUTAZIONI OGGETTIVE
RYAN, 2018 International Nursing Review	SISTEMA SANITARIO IRLANDESE: HEALTH SERVICE EXECUTIVE (HSE) IRLANDA	REVISIONE INTEGRATIVA	ESAMINARE DUE SFIDE RILEVANTI PER LA PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLA FORZA LAVORO INFERMIERISTICA: L'INVECCHIAMENTO DELLA STESSA (ED IL TENTATIVO DI CONSERVARLA) E LA MANCANZA DI PERSONALE ESPERTO E QUALIFICATO RICORRENDO AD INFERMIERI ESTERI PER LA RISOLUZIONE A BREVE TERMINE.	INFERMIERI IRLANDESI	I RISULTATI DI QUESTO DOCUMENTO EVIDENZIANO LA NECESSITÀ DI TENER CONTO DELLE PROBLEMATICHE DI RECLUTAMENTO DI PROFESSIONISTI COMPETENTI CONCENTRANDOSI SULLA FIDELIZZAZIONE DEGLI INFERMIERI ANZIANI COME ELEMENTO IMPRESCINDIBILE DELLA PIANIFICAZIONE DELLA FORZA LAVORO.	L'INCAPACITÀ DI RISPONDERE A QUESTA ESIGENZA RISCHIA DI PORTARE A SIGNIFICATIVE DIFFICOLTÀ DI FORZA LAVORO PER I SERVIZI SANITARI IN FUTURO E DI MINARE GLI ATTUALI SFORZI PER AUMENTARE IL NUMERO E LA FIDELIZZAZIONE A LUNGO TERMINE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO QUALIFICATO
SCHÜTTENGROBER, 2024 Geriatric Nursing	OSPEDALI GENERALI ED UNIVERSITARI E STRUTTURE DI LUNGO DEGENZA EUROPA (GERMANIA, REGNO UNITO, SVEZIA), SUD AMERICA (URUGUAY), STATI UNITI D'AMERICA, NUOVA ZELANDA E AUSTRALIA	REVISIONE SISTEMATICA	DESCRIVERE, ORGANIZZARE E VALUTARE LE RICERCHE PUBBLICATE SUGLI ATTEGGIAMENTI BASATI SULL'ETÀ E SULL'AGGIAMENTO NEI CONFRONTI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PIÙ ANZIANO E DEGLI UTENTI, DALLA PROSPETTIVA DEI LEADER CLINICI E MANAGER SANITARI	OPERATORI SANITARI ED INFERMIERI	I MANAGER AVEVANO OPINIONI CONTRADDITTORIE RIGUARDO ALL'ASSUNZIONE O AL LAVORO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PIÙ ANZIANO. GLI STUDI IDENTIFICATI HANNO INDICATO CHE L'AMBIENTE SOCIALE SEMBRA SVOLGERE UN RUOLO IMPORTANTE NELLA PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE PENSIONISTICA. MANCANO LINEE GUIDA E POLITICHE CHE AFFRONTINO LE ESIGENZE OLISTICHE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI PIÙ ANZIANI E DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PIÙ ANZIANO.	I RESPONSABILI INFERMIERISTICI TENDONO A PERCEPIRE SFAVOREVOLMENTE LA CAPACITÀ DEGLI INFERMIERI PIÙ ANZIANI. QUESTO È PROBLEMATICCO, POICHÉ LA CRESCENTE CARENZA DI INFERMIERI IN TUTTO IL MONDO AVRÀ UN IMPATTO NEGATIVO SULLA CAPACITÀ DEI MANAGER DI RECLUTARE INFERMIERI. QUESTO STUDIO EVIDENZIA LA NECESSITÀ DI INDAGARE LA LEADERSHIP E L'AGEISMO PER GARANTIRE CHE VENGA FORNITO UN SERVIZIO DI ALTA QUALITÀ SIA PER GLI UTENTI CHE PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO ANZIANO.

SÖDERBACKA, 2022 Scandinavian Journal of Caring Science	ORGANIZZAZIONE SANITA- RIA COMUNALE E PRIVATA FINLANDIA	STUDIO QUALITATIVO	L'OBIETTIVO DI QUESTO STUDIO QUALITATIVO È STATO QUELLO DI DESCRIVERE CIÒ CHE STANDA DANDO VITALITÀ AI LAVORATORI ANZIANI NEL SETTORE SANITARIO PER CONTINUARE A LAVORARE FINO ALL'ETÀ PENSIONABILE E FORSE ANCHE UNA VITA LAVORATIVA PROLUNGATA.	15 PERSONE DI ETÀ COMPRESA TRA I 59 E I 65 ANNI, TUTTE OPERANTI NEL SETTORE SANITARIO, 5 AMMINISTRATIVI E 10 INFERMIERI.	I RISULTATI MOSTRANO CHE IL LAVORO SIGNIFICATIVO, LE POSSIBILITÀ DI UTILIZZARE LE PROPRIE CONOSCENZE, LE RELAZIONI E LA COMUNITÀ DI LAVORO PROMUOVONO LA VITALITÀ. LA VITALITÀ È INFLUENZATA DALLE CONDIZIONI DI LAVORO, DAI BENEFICI, DAI VALORI PERSONALI E DALLA PROPRIA SALUTE.	LA VITALITÀ È L'ESSENZA DELLA SALUTE, UN LAVORO SIGNIFICATIVO E LA SENSAZIONE DI ESSERE UTILI E PREZIOSI SONO RISORSE CENTRALI PER CONTINUARE A LAVORARE. LA CONOSCENZA DI CIÒ CHE INFLUENZA LE RISORSE DEI DIPENDENTI PIÙ ANZIANI, CONSENTE DI MIGLIORARE LA LORO SITUAZIONE LAVORATIVA, IN MODO CHE LA VITALITÀ E LA CAPACITÀ LAVORATIVA POSSANO ESSERE MANTENUTE NONOSTANTE IL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO.
SOUZA-RIBEIRO, 2022 Journal of aging studies	CASA DI CURA RESIDENZIALE MUNICIPALE PER ANZIANI SVEZIA	STUDIO QUALITATIVO	AGGIUNGERE CONOSCENZE APPROFONDITE E FORNIRE UNA PROSPETTIVA DETTAGLIATA SULLE ESPERIENZE ED I PENSIERI INDIVIDUALI DEGLI ASSISTENTI INFERMIERI SUL LAVORO E SULLA PENSIONE AIUTANDO I RESPONSABILI POLITICI E LE ORGANIZZAZIONI A FACILITARE L'INVECCHIAMENTO SUL POSTO DI LAVORO ED AD INDIRIZZARE LE STRATEGIE DI FIDELIZZAZIONE	52 ASSISTENTI INFERMIERISTICI, 13 DEI QUALI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 55 ANNI	TRA I PROBLEMI RISCONTRATI VI SONO LA CARENZA DI PERSONALE QUALIFICATO E LE CATTIVE CONDIZIONI DI LAVORO, CIÒ EVIDENZIA L'IMPORTANZA DI AUMENTARE L'ATTRATTIVA DELLA PROFESSIONE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI. LA PIANIFICAZIONE PENSIONISTICA È FORTEMENTE CORRELATA ALLO STATO DI SALUTE, CAPACITÀ LAVORATIVA ED 'INVECCHIAMENTO SUL LAVORO, CON L'AMBIENTE DI LAVORO PSICOSOCIALE CHE È CENTRALE. GLI ASSISTENTI INFERMIERI HANNO SOTTOLINEATO DUE MOTIVI PER CONTINUARE A LAVORARE: MOTIVI ESTRINSECI (AD ESEMPIO, COMPENSAZIONE FINANZIARIA DAL LAVORO) E MOTIVI INTRINSECI (AD ESEMPIO, AIUTARE GLI ALTRI E CONTRIBUIRE ALLA SOCIETÀ).	I RISULTATI POSSONO ORIMUOVERE LA PROGETTAZIONE DI PRATICHE ORGANIZZATIVE RELATIVE ALLE ESIGENZE E ALLE SFIDE SPECIFICHE RISPETTO ALL'INVECCHIAMENTO SUL POSTO DI LAVORO.
WARGO SUGLERIS, 2018 Journal of advanced nursing	OSPEDALIERO (TERAPIA INTENSIVA) FLORIDA (U.S.A.)	STUDIO CORRELAZIONALE, DESCRITTIVO E TRASVERSALE	DETERMINARE LE RELAZIONI ESISTENTI TRA SODDISFAZIONE LAVORATIVA, AMBIENTE DI LAVORO E BUON INVECCHIAMENTO E COME QUESTI SI ASSOCINO ALL'INTENZIONE DEGLI INFERMIERI DI ANDARE IN PENSIONE.	INFERMIERI DI TERAPIA INTENSIVA DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 40 ANNI CHE LAVORANO IN FLORIDA.	GLI ANNI CHE PRECEDONO IL PENSIONAMENTO SONO STATI SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIATI A UN INVECCHIAMENTO POSITIVO SUL LAVORO ($P < 0,001$), ALL'ETÀ ($P < 0,001$) E AL REDDITO ($P < 0,010$).	QUESTO STUDIO FORNISCE PROVE CHE L'AMBIENTE ED UN L'INVECCHIAMENTO SUL LAVORO, SONO AREE IMPORTANTI CHE HANNO UN IMPATTO SULLA SODDISFAZIONE LAVORATIVA E SUL RITARDO DEL PENSIONAMENTO. LA RICERCA SUI FATTORI CHE CAUSANO O INFLUENZANO IL PENSIONAMENTO ANTICIPATO PUO' PORTARE AD UNA MAGGIORE COMPrensIONE DELLE ASSOCIAZIONI TRA AMBIENTE DI LAVORO E DECISIONE DEGLI INFERMIERI DI ANDARE IN PENSIONE E POTREBBE FORNIRE IMPORTANTI INFORMAZIONI PER TRATTENERLI

Martina Anceschi

IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Italia

Giulia VillaCenter for Nursing Research and Innovation,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia**Andrea Poliani**

Corso di Laurea in Infermieristica, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia

Ilaria MarcominiCenter for Nursing Research and Innovation,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia**Debora Rosa**Center for Nursing Research and Innovation,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia**Chiara Adele Pozzi**

IRCCS Ospedale San Raffaele, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia

Duilio Fiorenzo ManaraCenter for Nursing Research and Innovation,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia

Modelli e strategie per l'implementazione delle evidence-based practices per infermieri in ambito clinico: una Scoping Review

Models and strategies for implementing evidence-based practices for nurses in clinical settings: a Scoping Review**ABSTRACT ITALIANO****Introduzione**

Le Evidence-Based Practice sono essenziali per effettuare decisioni infermieristiche di qualità, ma oggi meno del 20 % delle scelte cliniche è guidato da prove, ostacolato da barriere organizzative e culturali.

Obiettivo

La presente revisione mira a mappare modelli e strategie usati dagli infermieri per implementare le prove di efficacia nei contesti clinici.

Metodi

Seguendo il Joanna Briggs Institute Manual of Evidence Synthesis e la checklist PRISMA-ScR, è stata condotta una scoping review consultando MEDLINE, The Cochrane Library, CINAHL e PsycInfo senza limiti temporali, includendo studi in inglese, italiano e spagnolo. Due revisori indipendenti hanno selezionato e valutato criticamente le fonti incluse.

Risultati

Un totale di 1326 record è emerso dai risultati nelle banche dati. Sei articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione; nessuno ha riportato piena qualità metodologica. Sono stati identificati 61 modelli di implementazione. Le strategie emerse sono state raggruppate in sei categorie: formazione, audit e feedback, strumenti, leadership, Advanced Practice Nurse e struttura/organizzazione. Formazione e leadership risultano le più adottate. La leadership e il coinvolgimento del management infermieristico permeano tutte le strategie come elementi particolarmente utili.

Conclusioni

L'efficacia delle strategie dipende dall'adattamento al contesto e dall'integrazione di interventi multipli. L'apporto della psicologia sociale, indicato dall'Implementation Science per modificare i comportamenti professionali, rimane poco esplorato. Ulteriori studi primari andrebbero condotti per definire in modo robusto i modelli e valutare l'impatto delle strategie promettenti. Maggiori investimenti in formazione, ruoli di Advanced Practice Nurse e leadership infermieristica potrebbero accelerare l'adozione delle prove di efficacia nella pratica clinica.

Parole chiave

Pratica basata sulle evidenze, Scienza dell'Implementazione, Infermieristica, Strategia.

ABSTRACT INGLESE**Introduction**

Evidence-Based Practice is essential for high-quality nursing decisions, yet fewer than 20 % of clinical choices are currently evidence-guided, hindered by organizational and cultural barriers.

Aim

This review seeks to map the models and strategies nurses use to implement evidence in clinical settings.

Methods

Following the Joanna Briggs Institute Manual of Evidence Synthesis and the PRISMA-ScR checklist, we performed a scoping review with no time limits and searching in MEDLINE, The Cochrane Library, CINAHL, and PsycInfo, including studies in English, Italian, and Spanish. Two independent reviewers selected and critically appraised the included sources.

Results

The search yielded 1,326 records; six articles met the inclusion criteria and none achieved full methodological quality. Sixty-one implementation models were identified. Strategies were grouped into six categories: education, audit and feedback, tools, leadership, Advanced Practice Nurse and structure/organization. Education and leadership emerged as the most frequently adopted approaches. Leadership and the involvement of nursing management permeated all strategies as particularly useful elements.

Conclusion

The effectiveness of these strategies depends on contextual adaptation and the integration of multiple interventions. The contribution of social psychology, highlighted by Implementation Science for changing professional behaviours remains underexplored. Additional primary studies are needed to robustly characterise the models and assess the impact of the most promising strategies. Increased investment in education, Advanced Practice Nurse roles and nursing leadership could accelerate the uptake of evidence in clinical practice.

Keywords

Evidence-based practice, Implementation Science, Nursing, Strategy.

INTRODUZIONE

L'assistenza infermieristica si fonda sull'impiego sistematico delle migliori prove di efficacia disponibili emerse dalla ricerca scientifica (FNOPI, 2019; World Health Organization, 2020; Furtado et al., 2024). È ampiamente documentato che la pratica infermieristica basata sulle evidenze (Evidence-Based Practice, EBP) migliora gli esiti clinici dei pazienti (Melnyk et al., 2014; Cheng et al., 2018; Gallagher-Ford and Melnyk, 2022; Crawford et al., 2023), accresce la soddisfazione professionale degli operatori (Grant, Green and Mason, 2003; Crawford et al., 2023; Melnyk et al., 2023; Serra et al., 2023) e contribuisce alla sostenibilità economica delle organizzazioni sanitarie (Gold et al., 2022; Melnyk et al., 2023; Kwar et al., 2024). Nonostante tali vantaggi, meno del 20 % delle decisioni assistenziali è supportato da prove di efficacia (Roberts, Young and Duff, 2023) e soltanto il 37 % degli infermieri italiani dichiara di integrare sistematicamente le evidenze nella pratica quotidiana (Filippini et al., 2011).

L'adozione dell'EBP è ostacolata da numerose barriere (Camargo et al., 2018; Berthelsen and Hølge-Hazelton, 2021; Crawford et al., 2023; Furtado et al., 2024; Kwar et al., 2024). Gli infermieri segnalano innanzitutto la carenza di tempo, durante l'attività clinica, per completare l'intero processo di ricerca bibliografica (Warren et al., 2016; Berthelsen and Hølge-Hazelton, 2021; Crawford et al., 2023; Furtado et al., 2024) e la limitata disponibilità di risorse, come l'accesso alle banche dati (Camargo et al., 2018; Crawford et al., 2023; Furtado et al., 2024; Kwar et al., 2024). A ciò si aggiunge una formazione insufficiente alla valutazione critica degli articoli scientifici e alla comprensione delle analisi statistiche (Sitzia, 2002; Berthelsen and Hølge-Hazelton, 2021). Inoltre, l'assenza di supporto istituzionale e di investimenti da parte delle organizzazioni, unita a una leadership debole, limita ulteriormente il trasferimento delle evidenze alla pratica (Bourgault and Upvall, 2019; Li, Cao and Zhu, 2019; Clavijo-Chamorro et al., 2022). La letteratura individua, d'altra parte, alcuni facilitatori dell'implementazione dell'EBP: un'adeguata formazione universitaria in metodologia della ricerca (Camargo et al., 2018; Li, Cao and Zhu, 2019; Crawford et al., 2023; Kwar et al., 2024), un corretto rapporto infermiere/paziente (Kwar et al., 2024), il sostegno organizzativo e l'esercizio di una leadership efficace, in particolare trasformativa (Clavijo-Chamorro et al., 2022; Teixeira, Nogueira and Barbieri-Figueiredo, 2023; Furtado et al., 2024; Kwar et al., 2024). La revisione sistematica di Scarsini et al. (2022) ha evidenziato che anche gli infermieri italiani percepiscono ostacoli analoghi, quali sovraccarico lavorativo, carenza di personale e di tempo (Bagnasco et al., 2019), difficoltà con la lingua inglese nella lettura degli articoli, accesso limitato alle banche dati, formazione carente, mancanza di supporto organizzativo e ridotti investimenti (Scarsini et al., 2022). Tra i fattori facilitanti emersi figurano l'accesso libero alle banche dati, la presenza di unità di ricerca

ospedalieri, team dedicati di ricercatori e la collaborazione strutturata con l'università, elementi già descritti dalla letteratura internazionale (Camargo et al., 2018; Furtado et al., 2024).

OBIETTIVO

La presente scoping review mira a esplorare e mappare modelli e strategie descritti in letteratura per sostenere l'implementazione dell'EBP da parte degli infermieri nei contesti clinici.

METODI

Per descrivere e sintetizzare il corpo di letteratura esistente è stata condotta una scoping review seguendo le linee guida del Joanna Briggs Institute (JBI) contenute nel "Manual for Evidence Synthesis" (Arksey and O'Malley, 2005; Aromataris et al., 2024). Il reporting è stato redatto in accordo con la checklist PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018).

Il quesito di ricerca, formulato tramite il framework Participant-Problem/Concept/Context (PCC) (Aromataris et al., 2024) (Tabella 1), è stato: «Quali modelli e strategie sono descritti per l'implementazione dell'evidence-based nursing in ambito clinico?».

Tabella 1. PCC Framework

Problema	Implementazione EBP (Evidence Based Practice)
Concetto	Modelli e strategie
Contesto	Infermieristica clinica

Criteri di eleggibilità

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi i lavori che rispondevano al quesito PCC. Vista l'esigenza di delineare una panoramica delle strategie di implementazione, si sono considerate esclusivamente fonti secondarie (revisioni narrative escluse): revisioni sistematiche, metanalisi, metasintesi, metasommari, scoping e integrative review. Sono stati applicati filtri linguistici per inglese, italiano e spagnolo.

Criteri di esclusione

Sono state escluse revisioni narrative e studi focalizzati su ambiti clinici o procedure specifiche (es. rianimazione o igiene delle mani), al fine di mantenere un focus trasversale sull'intera popolazione infermieristica. Sono stati altresì esclusi studi limitati a contesti geografici molto circoscritti, potenzialmente influenzati da variabili socio-culturali locali.

Strategia di ricerca

Sono state elaborate due stringhe: una basata su termini indicizzati e una su termini liberi (Tabella 2). Tale distinzione ha garantito l'inclusione dei record più recenti non ancora indicizzati. La ricerca con termini liberi è stata eseguita ad aprile 2024 (range temporale 1/1/2022–11/4/2024); quella con termini indicizzati a marzo 2023, senza limiti temporali. Le stringhe, adattate alla sintassi delle banche dati tramite la web app SR-Accelerator (Clark et al., 2020) e successivamente verificate manualmente (Tabella 3), sono state eseguite in MEDLINE via PubMed, Cochrane Library, CINAHL e PsycInfo. Il reperimento dei full-text è avvenuto tramite i servizi bibliotecari universitari e ospedalieri.

Tabella 2. Parole chiave

	Problema	Concetto	Contesto
Termini liberi	"use evidence"	model*	nurs*
	"traslating evidence"	strateg*	
	"knowledge translation"	framework*	
	"implementing evidence-based"		
	"applying evidence-based"		
	"implementation"		
Termini MeSH	"Implementation Science"[Mesh]		"Nurses"[Mesh]
	"Evidence-Based Nursing"[Mesh]		"Nursing"[Mesh]
	"Evidence-Based Practice"[Mesh]		

Tabella 3. Stringhe di ricerca

Banca dati	Data	Strategie di ricerca
MEDLINE via PubMed	3/2023	("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]) AND ((model*[tiab] OR (framework*[tiab] OR (strateg*[tiab]))) AND ("Evidence-Based Practice"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Implementation Science"[Mesh])
	4/2024	("use evidence"[tiab] OR "implementation"[tiab] OR "translating evidence"[tiab] OR "knowledge translation"[tiab] OR "implementing evidence-based"[tiab] OR "applying evidence-based"[tiab]) AND ((model*[tiab] OR (framework*[tiab] OR (strateg*[tiab]))) AND (nurs*[tiab])
The Cochrane Database for Systematic Reviews	3/2023	((mh Nurses] OR [mh Nursing]) AND ((model*:ti,ab OR (framework*:ti,ab OR (strateg*:ti,ab)) AND ([mh "Evidence-Based Practice"] OR [mh "Evidence-Based Nursing"] OR [mh "Implementation Science"])
	4/2024	("use evidence":ti,ab OR implementation:ti,ab OR "translating evidence":ti,ab OR "knowledge translation":ti,ab OR "implementing evidence-based":ti,ab OR "applying evidence-based":ti,ab) AND ((model*:ti,ab OR (framework*:ti,ab OR (strateg*:ti,ab)) AND (nurs*:ti,ab)
CINAHL	3/2023	((MH Nurses+) OR (MH Nursing+)) AND (((TI model* OR AB model*)) OR ((TI framework* OR AB framework*)) OR ((TI strateg* OR AB strateg*))) AND ((MH "Evidence-Based Practice+") OR (MH "Evidence-Based Nursing+") OR (MH "Implementation Science+"))
	4/2024	((TI "use evidence" OR AB "use evidence") OR (TI implementation OR AB implementation) OR (TI "translating evidence" OR AB "translating evidence") OR (TI "knowledge translation" OR AB "knowledge translation") OR (TI "implementing evidence-based" OR AB "implementing evidence-based") OR (TI "applying evidence-based" OR AB "applying evidence-based")) AND (((TI model* OR AB model*)) OR ((TI framework* OR AB framework*)) OR ((TI strateg* OR AB strateg*))) AND ((TI nurs* OR AB nurs*))
PsycInfo	3/2023	(exp Nurses/ OR exp Nursing/) AND ((model*.ti,ab.) OR (framework*.ti,ab.) OR (strateg*.ti,ab.)) AND (exp "Evidence-Based Practice" / OR exp "Evidence-Based Nursing" / OR exp "Implementation Science"/)
	4/2024	(TITLE-ABS("use evidence") OR TITLE-ABS(implementation) OR TITLE-ABS("translating evidence") OR TITLE-ABS("knowledge translation") OR TITLE-ABS("implementing evidence-based") OR TITLE-ABS("applying evidence-based")) AND ((TITLE-ABS(model*)) OR (TITLE-ABS(framework*)) OR (TITLE-ABS(strateg*))) AND (TITLE-ABS(nurs*))

Selezione dei record

I record sono stati gestiti e deduplicati con Zotero v.7.0.5 (Meade et al., 2024). Due revisori indipendenti (AM, PC) hanno effettuato la selezione in cieco; eventuali conflitti sono stati risolti da un terzo revisore senior (VG). Il processo è stato documentato secondo il PRISMA Flow Diagram 2020 (Page et al., 2021) (Figura 1).

Estrazione dei dati

L'estrazione è stata condotta con una tabella costruita sulla base delle raccomandazioni JBI (Aromataris et al., 2024), includendo: autore, anno, paese, obiettivi, metodologia, popolazione, modelli/strategie identificati (Appendice 1).

Valutazione della qualità metodologica

Gli studi inclusi sono stati valutati tramite la Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses del JBI (Martin, 2017), composta da 11 item. Pur non prevedendo un punteggio complessivo, gli autori hanno considerato $\geq 60\%$ di risposte positive come soglia di buona qualità metodologica.

Risultati

La ricerca ha prodotto 1326 record: eliminati 140 duplicati, 1186 sono stati esclusi per mancata aderenza ai criteri; come mostrato nel diagramma PRISMA 2020 (Page et al., 2021), sei articoli sono risultati eleggibili.

Caratteristiche generali

Gli studi selezionati sono stati pubblicati tra il 2010 (Mitchell et al., 2010a; Munten et al., 2010) e il 2024 (Ylimäki et al., 2024). Due studi provengono dagli USA (Maryland e Indiana) (Mitchell et al., 2010a; Wuchner, 2014); quattro dall'Europa: Paesi Bassi (Munten et al., 2010), Francia (Salma and Waelli, 2023) e Finlandia (Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018; Ylimäki et al., 2024). I disegni comprendevano: un'analisi tematica di mappatura (Mitchell et al., 2010), una scoping review (Salma and Waelli, 2023), due integrative review (Wuchner, 2014; Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018), una revisione sistematica (Ylimäki et al., 2024) e una narrativa (Munten et al., 2010). Il

numero di studi primari inclusi variava da 5 (Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018) a 28 (Salma and Waelli, 2023); Mitchell et al. non lo hanno dichiarato (Mitchell et al., 2010). Quattro revisioni hanno condotto la valutazione della qualità (Wuchner, 2014; Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018; Salma and Waelli, 2023; Ylimäki et al., 2024), mentre due no (Mitchell et al., 2010; Munten et al., 2010).

Valutazione metodologica

Come riassunto in Tabella 5, due revisioni (Mitchell et al., 2010; Munten et al., 2010) hanno ottenuto il 63,3 % degli item positivi, con lacune nella valutazione degli studi inclusi; due (Wuchner, 2014; Ylimäki et al., 2024) il 90,9 %, evidenziando criticità nell'identificazione del rischio di bias; le restanti due (Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018; Salma and Waelli, 2023) hanno raggiunto il 100 % degli item. Complessivamente, tutti gli articoli hanno superato la soglia del 60 %. Le criticità maggiori hanno riguardato gli item 5, 6 e 9 relativi alla valutazione della qualità degli studi inclusi e al rischio di bias (Martin, 2017). (Tabella 5. *Quality Appraisal dei documenti pertinenti*)

Modelli

Due revisioni (Mitchell et al., 2010; Salma and Waelli, 2023) hanno presentato modelli di implementazione. Mitchell et al. hanno individuato 47 modelli concettuali, raggruppati in quattro categorie: processi di trasferimento e utilizzo delle conoscenze; teorie del cambiamento organizzativo; sintesi delle evidenze per l'applicazione; progettazione della ricerca sulla disseminazione. L'analisi dettagliata dei modelli non è stata fornita (Mitchell et al., 2010). Salma et al. hanno identificato 17 modelli, anch'essi non descritti in dettaglio (Salma and Waelli, 2023). Tre modelli ricorrono in entrambe le revisioni: Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration (ARCC), Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) e Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS/i-PARIHS) (Mitchell et al., 2010; Salma and Waelli, 2023).

Strategie di implementazione: sei categorie

L'implementazione dell'EBP è un processo multifattoriale che richiede strategie combinate, adattate al contesto (Munten et al., 2010; Wuchner, 2014; Salma and Waelli, 2023). Dall'analisi sono emerse sei macro-categorie di intervento: (i) Formazione, (ii) Leadership, (iii) Strumenti, (iv) Audit e feedback, (v) Cultura/struttura organizzativa, (vi) Supporto di Advanced Practice Nurses (APN).

Categoria 1 – Formazione

La formazione è l'intervento più citato (Munten et al., 2010; Salma and Waelli, 2023). Munten et al. includono sia training individuali sia di gruppo (Munten et al., 2010). Alcuni autori propongono la distribuzione di materiale informativo aggiornato (Munten et al., 2010; Wuchner, 2014) quale risposta alla carenza di risorse formative percepita dagli infermieri (Salma and Waelli, 2023). Tuttavia, la sola disponibilità di materiale non ne garantisce l'utilizzo (Salma and Waelli, 2023); è preferibile un approccio di gruppo, che favorisca il coinvolgimento e il supporto reciproco (Munten et al., 2010a; Wuchner, 2014). L'Enquiry-Based Learning (EBL) e le comunità di pratica sono raccomandati per promuovere la ricerca attiva di evidenze (Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018).

Categoria 2 – Audit e feedback

Audit periodici e feedback consentono agli infermieri di confrontare la pratica corrente con le evidenze (Munten et al., 2010; Wuchner, 2014; Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018), favorendo interventi mirati alle criticità contestuali (Wuchner, 2014). L'efficacia aumenta quando queste strategie si integrano con la formazione (Salma and Waelli, 2023). Wuchner et al. sottolineano l'importanza di riconoscimenti per gli operatori che adottano le buone pratiche, pur senza specificarne le modalità (Wuchner, 2014).

Figura 1: RISMA Flow Diagram 2020 (Page et al., 2021).

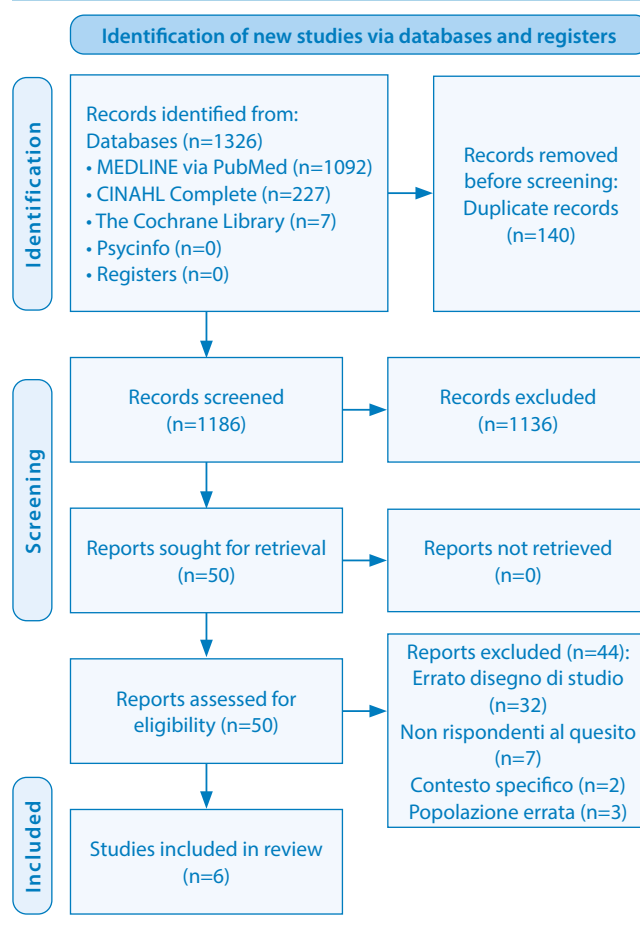


Tabella 5. Quality Appraisal dei documenti pertinenti.

	(Mitchell et al., 2010a)	(Munten et al., 2010a)	(Salma and Waeli, 2023a)	(Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018a)	(Wuchner, 2014a)	(Ylimäki et al., 2024a)
1. La domanda di ricerca è stata dichiarata esplicitamente ed in modo chiaro?	NO	SI	SI	SI	SI	SI
2. I criteri di inclusione sono appropriati per rispondere alla domanda di ricerca?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3. La strategia di ricerca è appropriata?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4. Le fonti utilizzate e le risorse impiegate per la ricerca sono risultate adeguate?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5. Sono stati utilizzati dei criteri appropriati per la valutazione della qualità degli studi?	NO	NO	SI	SI	SI	SI
6. La valutazione della qualità è stata effettuata in modo indipendente da due o più ricercatori?	NO	NO	SI	SI	SI	SI
7. Sono state utilizzate delle strategie di riduzione del rischio d'errore durante il processo di estrazione dei dati?	SI	NO	SI	SI	SI	SI
8. Sono stati utilizzati metodi appropriati di sintesi dei risultati?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9. È stata effettuata una valutazione del rischio di publication bias?	NC	NC	SI	SI	NC	NC
10. Le implicazioni per la pratica clinica sono risultate essere coerenti con i risultati presentati?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
11. Le specifiche direttive date, riguardanti possibili future ricerche sull'argomento, sono risultate adeguate?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Numero di items positivi (SI)	7	7	11	11	10	10
Percentuale di items positivi (SI)	63,6%	63,6%	100%	100%	90,9%	90,9%

SI = item presente. NO = item assente. NC = non chiaro

Categoria 3 – Strumenti

Reminder visivi (poster, e-mail), alert quotidiani tra colleghi o avvisi elettronici possono supportare la decisione clinica basata sulle prove (Munten et al., 2010; Wuchner, 2014; Salma and Waelli, 2023), specie se combinati con altre strategie (Ylimäki et al., 2024).

Categoria 4 – Leadership

Il 66,7 % degli studi discute il ruolo della leadership nell'implementazione (Munten et al., 2010; Wuchner, 2014; Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018; Salma and Waelli, 2023). Opinion leader formali, informali e manager infermieristici possono influenzare positivamente l'adozione delle evidenze (Munten et al., 2010; Wuchner, 2014; Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018; Salma and Waelli, 2023), in accordo con i principi della psicologia sociale (Salma and Waelli, 2023). Munten et al. propongono la leadership trasformativa, dove membri con expertise specifiche stimolano la crescita reciproca del team (Munten et al., 2010).

Categoria 5 – Advanced Practice Nurse (APN)

L'introduzione di APN, infermieri con laurea magistrale e competenze avanzate, è suggerita come leva cruciale per tradurre bisogni clinici in quesiti di ricerca, supportare i colleghi e favorire la sintesi e l'applicazione delle evidenze (Munten et al., 2010; Ylimäki et al., 2024).

Categoria 6 – Organizzazione

Interventi finalizzati a sviluppare una cultura dell'innovazione includono: comunicazione interna efficace, coinvolgimento attivo degli stakeholders, standardizzazione tramite linee guida e protocolli, nonché la creazione di team multidisciplinari dedicati all'implementazione (Munten et al., 2010; Salma and Waelli, 2023).

DISCUSSIONE

La presente scoping review ha evidenziato la varietà di modelli (61 in totale) e di strategie disponibili. L'assenza di descrizioni dettagliate limita la trasferibilità dei modelli (Mitchell et al., 2010; Salma and Waelli, 2023). Gli interventi formativi, sebbene utili a colmare lacune di conoscenza (Abuejheishah et al., 2020), non affrontano integralmente competenze quali ricerca bibliografica avanzata, valutazione critica e interpretazione statistica (Li, Cao and Zhu, 2019; Berthelsen and Hølge-Hazelton, 2021; Kwar et al., 2024). L'integrazione di strumenti decisionali, audit e feedback appare promettente (Cassidy, Flynn and Shuman, 2021; Furtado et al., 2024). Il sostegno organizzativo e la leadership risultano fondamentali per superare resistenze e sviluppare una cultura dell'innovazione (Li, Cao and Zhu, 2019; Crawford et al., 2023; Salma and Waelli, 2023; Kwar et al., 2024). La figura dell'APN si conferma risorsa strategica ma richiede una chiara regolamentazione, assente in Italia (Ministero dell'Istruzione, 2009; Carney, 2016; De Caro, 2019; ICN, 2020; CCNL, no date).

LIMITI

Il numero limitato di studi inclusi riflette la relativa giovinezza dell'implementation science (Ciani, 2021). L'esclusione di fonti primarie può aver ridotto la completezza dei risultati. Criticità metodologiche sono emerse per alcuni item relativi alla valutazione degli studi inclusi e al rischio di bias.

CONCLUSIONI

La scoping review offre una panoramica aggiornata di modelli e strategie per l'implementazione dell'EBP da parte degli infermieri, evidenziando la necessità di approcci multimodali e contestualizzati.

Implicazioni per la ricerca

Sono necessari studi primari volti a descrivere in dettaglio caratteristiche e applicabilità dei modelli identificati, nonché ricerche comparative per valutare l'efficacia delle strategie. È inoltre opportuno sviluppare programmi formativi che potenzino le competenze in ricerca bibliografica, critica delle evidenze e analisi statistica, e indagare soluzioni specifiche per il contesto italiano.

Implicazioni per la pratica

Si raccomanda un maggiore investimento del management infermieristico in formazione continua e nell'identificazione di figure specializzate in EBP. È auspicabile coinvolgere la psicologia sociale in tavoli di lavoro multidisciplinari e promuovere la regolamentazione professionale dell'APN in Italia, riconoscendone il potenziale nella diffusione delle EBP.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Alberto Strano

RN

Maria Luisa Pancheri

RN, MscN

Anna La Torre

RN, MscN, MA in History, PhD

Mani che curano, menti che guidano: il sogno di Ersilia Bronzini Majno

Hands that heal, minds that guide: Ersilia Bronzini Majno's dream

ABSTRACT

All'inizio del Novecento, Milano era in fermento: la città stava vivendo una rivoluzione sociale e professionale, e tra le sue protagoniste spiccava Ersilia Bronzini Majno. Attivista instancabile, fu tra le fondatrici dell'Unione Femminile Italiana, un'associazione nata nel 1899 per sostenere i diritti delle lavoratrici, offrendo le prime forme di assistenza per malattia, invalidità e maternità.

Ersilia fu una pioniera: prima donna a entrare nell'amministrazione dell'Ospedale Maggiore, si dedicò a un'indagine approfondita sulle condizioni di lavoro delle infermiere. I risultati furono sconvolgenti e la spinsero a immaginare una formazione strutturata per le infermiere, basata su un insegnamento teorico-pratico, sulla laicità della professione e su migliori condizioni lavorative.

Sebbene la sua visione abbia dovuto attendere anni per concretizzarsi, il suo operato ha gettato le basi per una professione infermieristica più equa e moderna. Il suo contributo resta una pietra miliare nella storia dell'assistenza sanitaria.

ABSTRACT_EN

At the beginning of the 20th century, Milan was buzzing with change. The city was experiencing a social and professional revolution, and among its leading figures stood Ersilia Bronzini Majno. A tireless activist, she was one of the founders of the Unione Femminile Italiana, an association established in 1899 to support women's rights, offering the first forms of assistance for illness, disability, and maternity.

Ersilia was a true pioneer: as the first woman to join the administration of the Ospedale Maggiore, she conducted an in-depth investigation into the working conditions of nurses. The findings were shocking and led her to envision a structured training program for nurses, based on theoretical and practical education, the secularization of the profession, and better working conditions.

Although her vision took years to materialize, her work laid the foundation for a fairer and more modern nursing profession. Her contribution remains a milestone in the history of healthcare.



All'inizio del Novecento, Milano attraversava un periodo di grande trasformazione sociale e politica, che Cosmacini definisce «socialismo medico» (1987, p. 433). Questo fenomeno si caratterizzava per la crescente presenza di professionisti sanitari nelle file della politica e per l'attuazione di iniziative concrete volte a migliorare le condizioni di salute della popolazione.

La città si stava affermando come un modello all'avanguardia, sospinta dall'espansione industriale che portò alla nascita di una nuova classe operaia, sempre più consapevole della propria forza e dei propri diritti. Parallelamente, prendeva forma un movimento politico femminile che avrebbe segnato una svolta storica: le donne, e in particolare le lavoratrici, iniziavano a rivendicare un ruolo attivo anche nelle sfere dirigenziali, contribuendo in modo decisivo ai cambiamenti in atto.

La forza di una donna, il cambiamento di un'epoca

Nata a Oleggio (Novara) nel 1859, la Bronzini cresce in una famiglia segnata da difficoltà economiche. Mentre i fratelli possono proseguire gli studi, lei è costretta a interromperli. Ma non si arrende: con la determinazione che la contraddistinguerà per tutta la vita, studia da autodidatta e si forma grazie alle lezioni di un fratello, apprendendo inglese, francese, storia, filosofia e letteratura.

Nel 1883 sposa Luigi Majno, avvocato dal forte impegno sociale. Il loro matrimonio non è solo un'unione familiare, ma una straordinaria collaborazione intellettuale e politica. Madre di tre figli, due dei quali moriranno prematuramente, Ersilia trasforma il dolore in energia, dedicandosi con passione alle battaglie per i diritti delle donne (Gabello, 2015).

Il suo primo impegno concreto arriva nel 1887 con la Guardia Ostetrica, un servizio gratuito per le donne indigenti, che la porta a maturare una convinzione profonda: la maternità non è solo una questione privata, ma un diritto sociale da proteggere. Da qui prende il via la sua incessante attività riformista.

Nel 1894 aderisce all'Associazione Generale di Mutuo Soccorso e Istruzione delle Operaie, sostenendo le prime forme di assistenza per maternità, invalidità e pensioni. Ma è nel 1899 che compie il passo più importante: assieme ad un gruppo di donne diverse per estrazione sociale e formazione culturale, tra cui Ada Negri Garlanda, e Nina Rignano Sullam, fonda l'Unione Femminile Italiana, destinata a diventare un faro del movimento femminista italiano. Attraverso questa istituzione, si batte per la tutela delle lavoratrici, il diritto all'istruzione, l'abolizione dello sfruttamento minorile. Nasce così la Società delle *Piscinine*, un'organizzazione per proteggere le giovanissime apprendiste, costrette a turni massacranti. Il suo impegno porta all'approvazione, nel 1902, della prima legge italiana sulla protezione del lavoro femminile e infantile.

Ma Ersilia non si ferma: sostiene la creazione della Clinica del Lavoro, collabora con il medico Luigi Devoto per riconoscere le malattie professionali come problema sociale e partecipa a numerosi congressi internazionali per i diritti delle donne e dei bambini (Majno, 1985).

Sebbene vicina agli ideali socialisti, Ersilia mantiene sempre una posizione critica nei confronti del partito, opponendosi a scelte che non condivide. È la prima donna a ricoprire un incarico amministrativo nell'Ospedale Maggiore di Milano, guadagnandosi il rispetto della Camera del Lavoro e delle istituzioni. Durante la Prima guerra mondiale, pur contraria al conflitto, accetta un incarico nel Comitato di Assistenza del Comune di Milano, dimostrando ancora una volta il suo spirito pragmatico. Ma quando, nel dopoguerra, l'Unione Femminile inizia a simpatizzare per il fascismo, lei non ci sta: nel 1920 rassegna le dimissioni, rivendicando la propria fedeltà ai valori socialisti.

Da quel momento si dedica completamente all'Asilo Mariuccia, istituzione da lei fondata per il recupero di ragazze in difficoltà, e alla protezione dei minori, gettando le basi per la futura nascita del Tribunale per i Minorenni.

Nel 1930, ormai anziana, partecipa alle celebrazioni per il trentesimo anniversario dell'Unione Femminile, circondata dalle sue compagne di lotta. Muore a Milano il 17 febbraio 1933, lasciando un'eredità che ancora oggi ispira battaglie per i diritti delle donne e la giustizia sociale (Gaballo, 2015).

Una visione innovativa per il ruolo femminile nelle corsie

Per Ersilia Majno, delineare il nuovo profilo dell'infermiera non costituiva uno degli obiettivi principali, ma quando nel 1900 ricevette la chiamata dal Consiglio degli Istituti Ospedalieri di Milano (Galimberti and Rebora, 2005), vide l'opportunità di promuovere una riforma necessaria. Comprende infatti che la presenza della figura femminile all'interno delle corsie fosse essenziale per migliorare le condizioni dei ricoverati. Questo pensiero scaturiva dalla convinzione che l'attività domestica femminile, che già giocava un ruolo fondamentale nella cura e nell'assistenza, dovesse essere valorizzata anche fuori dall'ambito privato della casa. La sua nomina arrivò a distanza di anni dall'introduzione delle leggi sulle Opere Pie, che avevano aperto le porte delle istituzioni ospedaliere, orfanotrofi, carceri e simili alla partecipazione femminile nei consigli direttivi (Bartolini, 2019).

La nomina di Ersilia Majno all'interno del Consiglio di amministrazione degli Istituti Ospedalieri, fu la prima carica pubblica affidata ad una donna dalla Giunta popolare. Il mandato di Ersilia Majno come consigliera iniziò nel febbraio del 1900 e fu riconfermato alla fine del 1901 (Consiglio, 1900). Negli oltre due anni di incarico l'unionista si trovò a lavorare accanto a figure quali il presidente del Consiglio Mario Martelli, ed altri membri quali Achille Manfredini e Camillo Broglio. Durante tali incontri venivano discusse la gestione, le vertenze in atto, le innovazioni di aiuto ad i ricoverati, i vitalizi per le pensioni del personale e sussidi per le vedove degli infermieri.

Nel primo periodo di incarico Ersilia si concentrò su ogni aspetto che riguardasse la vita ospedaliera, occupandosi delle sale operatorie, delle sputacchiere, delle calze elastiche e del servizio di lavanderia. Il suo pensiero era quello di generare economicità, di ridurre gli sprechi e di sveltire le questioni inerenti una macchina così complessa. Sempre nel corso del primo anno, suggerì la collaborazione di Angelo Celli per condurre esperimenti sulla malaria, che però non riuscì a portare a compimento (Majno, 1902a). Scrisse sulla rivista dell'Unione appena fondata (Majno, 1901a e 1901b), richiamando il problema del sovraffollamento delle camerate e la necessità di una riforma radicale che avesse come base il decentramento ospedaliero. Nei periodi che seguirono, la stessa Ersilia andò sviluppando delle ipotesi per una riforma che riguardasse in particolare la cura dei malati cronici a domicilio, ma anche tutto il personale. Proprio su quello infermieristico Ersilia concentrò la sua attenzione, sottolineando le pessime condi-

zioni lavorative, a cui andava incontro e facendo osservare che molto spesso tale posizione era affidata a donne che non presentavano alcuna esperienza e che non avevano la preparazione e l'istruzione di base adeguata. Ersilia Majno effettuò una inchiesta al fine di valutare tutti gli aspetti del lavoro infermieristico: salari, orari, condizioni di lavoro e qualità di vita, preparazione professionale, igiene e salubrità del lavoro. Nel 1902 la Majno presentò i risultati di questa inchiesta al Consiglio, attraverso una dettagliata e minuziosa relazione (1902b), ponendo in prima linea una vera e propria denuncia che venne rivolta nello specifico alle linee guida dell'Ospedale,

sancite dal regolamento, che riguardavano l'assunzione delle infermiere. Il personale era scelto all'interno della classe sociale più misera ed incolta e ad esso non veniva erogato nessuna istruzione. Dalla relazione si evinceva il modo in cui veniva trattato il personale: senza nessun riguardo per le loro condizioni di salute, del benessere materiale e morale, dei diritti, né si valutavano i pericoli e le difficoltà inerenti ad i compiti che gli venivano affidati. L'unica cosa a cui si dava importanza era quella di avere un personale dedito solo al lavoro duro e feroce. Il personale che veniva scelto era composto da ragazze giovani che giungevano dalle periferie estreme, per lo più dalle campagne di Milano. La loro provenienza le rendeva le più predilette, in quanto la distanza dai loro affetti le tributava come "macchine da lavoro". Il turno era composto da 17 giorni consecutivi, senza giorni di riposo, sotto la continua ed attenta visione e disciplina delle suore alle quali era affidata ogni responsabilità nella direzione dell'ospedale. Esse dirigevano in modo schematico ed alienante la vita delle infermiere, le quali non avendo diritti ma solo doveri non erano padrone di nulla. Venivano gestite dal punto di vista monetario, ma anche sotto l'aspetto morale, dal momento che il loro comportamento era sempre sotto osservazione anche nei pochi giorni di riposo ad esse concessi. Le novizie infermiere venivano costrette ad iscriversi a delle confraternite di ordine religioso, all'interno delle quali vi erano regole ferree da rispettare. Tutta queste regole che Ersilia Majno portò alla luce non erano sancite formalmente all'interno del regolamento dell'Ospedale, bensì degli usi e costumi senza fondamento logico. Le infermiere-inservienti dovevano prestare il loro lavoro anche in lavanderia, ove vi era il tasso di incidenza maggiore per la contrazione della tubercolosi, che in quel periodo era considerata la malattia più contagiosa della professione.



Dalle pagine del giornale Ersilia Majno, sperando in un più ampio consenso verso l'azione istruttoria che stava svolgendo, scriveva: «Chi non ebbe mai ad assumere l'ufficio d'amministrazione di un'opera pia qualsiasi, non immagina nemmeno che accada talvolta questo. Che l'autorità tutoria cioè possa opporsi o ritardare, non solo le grandi, radicali riforme, alle quali si deve pur mettere mano, se si vuole che un'istituzione corrisponda ai bisogni dei tempi, ma che possa anche intralciare l'azione normale dell'opera pia, in quanto riflette i suoi doveri più semplici ed elementari, verso gli infelici che ha l'obbligo di soccorrere, nella loro sventura materiale e morale [...]. Certamente non si può ad un tratto tutto distruggere né tutto rinnovare. Ma fra lo stato attuale e la meta ideale sta il possibile e questo si deve raggiungere iniziando con fermezza tutte quelle riforme che devono condurre alla trasformazione della beneficenza. Non più carità ma assistenza e coordinazione nell'opera dei vari istituti». (Majno, 1901a)

Ersilia Majno però non si soffermava solamente sulla scarsa volontà di riformare l'ospedale di cui poco alla volta ne dovette prendere atto. Firmandosi semplicemente "una donna" (1901) decide di scrivere un articolo sul regolamento igienico sanitario che escludeva le donne dal corpo dei medici, misura che a suo parere andava ledendo il diritto al libero esercizio della professione non che quello umanitario. L'assurda disposizione, avanzata in nome di un finto riguardo, a suo parere doveva sparire: «Leggendolo ci siamo domandate. Non esiste forse la gravità e la promiscuità del servizio per le infermiere? Queste cessano di esser donne per fatto d'appartenere ad una classe che deve lavorare per necessità assoluta e prestare servizi d'un genere meno elevato? E le sorveglianti cessano d'esser donna per fatto di vestire un costume speciale? E per tutte le donne che hanno dovuto, vincendo ripugnanze angosciose e soffrendo vere torture morali, farsi curare da uomini non esisteva l'offesa al sentimento che si vuol invocare oggi a danno di altre donne?». (Una donna, 1901)

Proprio grazie ad Ersilia e, molto lentamente, a partire dal 1902 si ebbe uno spiraglio di luce che creò delle migliorie a queste condizioni, si iniziò partendo con la riduzione dell'orario di lavoro, l'aumento del salario, l'introduzione di armadi per vestiti; si pose come limite d'età 17 anni per l'assunzione e in ultimo si creò un piccolo fondo pensionistico per le infermiere che avevano ottenuto 40 anni di servizio. La vera questione che rimase come uno dei punti più caldi della sua relazione fu quello inerente la formazione professionale.

La forza della conoscenza: la formazione come strumento di cambiamento

Grazie alla fondamentale collaborazione e alle ricerche di Anna Celli, figura di spicco nella lotta antimalarica e nell'infermieristica, Ersilia si convinse sempre di più dell'importanza di creare una scuola per infermiere. Il sodalizio intellettuale tra queste due donne eccezionali generò una visione che avrebbe posto le basi per una moderna concezione dell'assistenza infermieristica in Italia.

Le esperienze internazionali, in particolare il modello britannico sviluppato da Florence Nightingale, rappresentano certamente fonti di ispirazione, ma la proposta della Majno si distingueva per la sua attenzione al contesto italiano e per la lucida analisi delle condizioni sociali e lavorative specifiche della realtà ospedaliera nazionale.

«È doveroso avere modernità di vedute», proclamava la Majno con quella convinzione che solo i grandi riformatori possiedono, «e non fermarsi su pregiudizi di classe o di casta» (1902c). Questa dichiarazione programmatica racchiudeva l'essenza del suo pensiero: la modernità non era solo una questione di tecniche o strutture, ma soprattutto di mentalità e di valori.

Ella, infatti, sosteneva la necessità di adottare una visione moderna della sanità, superando i pregiudizi di classe e casta per rendere l'ospedale un luogo più adeguato alle esigenze del tempo, sia dal punto di vista scientifico che umanitario. La sua concezione dell'assistenza ospedaliera trascendeva il mero funzionalismo per abbracciare una dimensione etica e sociale, in cui il benessere del paziente e la dignità del personale sanitario diventavano facce della stessa medaglia.

In un'epoca in cui l'assistenza ai malati era spesso affidata a personale non qualificato, reclutato principalmente tra le classi sociali più basse o tra i religiosi, la Majno intuì che la qualità delle cure non poteva prescindere dalla formazione e dalle condizioni lavorative di chi le erogava. Questa illuminazione, apparentemente semplice, rappresentava in realtà una rivoluzione copernicana nel pensiero sanitario dell'epoca.

Per raggiungere questi obiettivi, Majno identificò come strumento fondamentale l'istituzione di una scuola per infermiere. Questa avrebbe colmato una lacuna nel servizio di assistenza ai malati, sia pubblico che privato, fornendo insegnamenti professionali alle aspiranti infermiere dell'Ospedale, riformando così il servizio assistenziale e offrendo alle giovani l'opportunità di ottenere un diploma per esercitare privatamente la professione.

La scuola immaginata dalla Majno non era semplicemente un luogo di trasmissione di competenze tecniche, ma una vera e propria istituzione formativa che avrebbe elevato l'assistenza infermieristica al rango di professione riconosciuta. Il curriculum formativo avrebbe dovuto integrare conoscenze teoriche e pratiche, abbracciando non solo gli aspetti clinici dell'assistenza, ma anche quelli etici e relazionali.

Il progetto della scuola prevedeva la creazione di un convitto per aspiranti infermiere ed effettive, dotato di tutti i servizi necessari, e l'istituzione di una scuola annessa con un corso teorico-pratico biennale. Quest'idea rivoluzionaria di un ambiente formativo totale, in cui teoria e pratica potessero integrarsi quotidianamente, rappresentava un superamento del tradizionale apprendistato infermieristico basato sulla mera imitazione e ripetizione delle pratiche consolidate.

La direzione sarebbe stata affidata a una direttrice diplomata, responsabile del convitto e della scuola, affiancata da ispettori incaricati di sorvegliare il funzionamento dell'assistenza, monitorare le strutture formative ed effettuare visite mediche e controlli periodici. Questa struttura organizzativa garantiva un controllo qualitativo costante e una continuità tra formazione e pratica professionale.

I criteri di ammissione alla scuola distinguevano tra aspiranti infermiere dell'Ospedale Maggiore e giovani esterne (età tra 18 e 35 anni), con diversi requisiti di ingresso e quote di partecipazione (1902c). Questa apertura verso l'esterno dimostrava la volontà di creare un centro di eccellenza formativa che potesse influenzare l'intero panorama dell'assistenza sanitaria, non limitandosi ai confini dell'Ospedale Maggiore. Un punto cruciale della riforma riguardava il miglioramento delle condizioni di vita e lavoro del personale infermieristico. Majno osservava con acutezza che il trattamento riservato alle infermiere non contribuiva a formare né elevare la loro coscienza professionale, rendendo inefficace qualsiasi insegnamento. Questa considerazione rivelava una profonda comprensione della relazione tra condizioni lavorative e qualità professionale, anticipando di decenni le moderne teorie di gestione delle risorse umane in ambito sanitario.

La riforma prevedeva la progressiva sostituzione degli uomini con le donne nell'assistenza diretta ai pazienti, riservando al personale maschile altri servizi di supporto, pur garantendo loro la necessaria formazione. Questa proposta rifletteva certamente il contesto culturale dell'epoca, in cui si riteneva che le qualità "femminili" della cura e dell'accudimento fossero particolarmente adatte all'assistenza diretta, ma rappresentava anche un'opportunità di emancipazione professionale per le donne in un'epoca in cui gli sbocchi lavorativi qualificati erano per loro estremamente limitati.

Ersilia Majno chiese al Consiglio di rivedere numerosi aspetti della professione infermieristica, delineando un quadro complessivo di riforme che toccavano ogni aspetto della vita professionale:

Per quanto riguarda i requisiti e le condizioni lavorative, propose di eliminare l'obbligo di provenienza rurale delle infermiere, stabilire l'età di ammissione tra i 20 e i 32 anni, richiedere documentazione specifica (incluso un attestato di istruzione elementare), e sottoporre il personale a visita medica annuale. L'eliminazione del vincolo della provenienza rurale rappresentava una rottura con la tradizione che privilegiava le giovani provenienti dalle campagne, ritenute più "docili" e meno esposte ai "vizi" della vita urbana, a favore di una selezione basata su criteri di idoneità e preparazione.

La formazione prevedeva un corso teorico-pratico biennale con diritto, per il primo anno, ad alloggio e vitto senza retribuzione, e per il secondo anno a un salario di 200 lire. Questo approccio graduale alla professionalizzazione permetteva un inserimento progressivo nel mondo del lavoro, bilanciando formazione e pratica.

Riguardo gli orari e i diritti lavorativi, Majno propose di limitare l'orario di servizio a 10 ore giornaliere, garantire un giorno di riposo settimanale e 15 giorni consecutivi di permesso annuale retribuito, oltre a fissare il limite di servizio a 30 anni, con esonero al compimento del cinquantesimo anno d'età. Queste richieste, rivoluzionarie per l'epoca, anticipavano conquiste sindacali che sarebbero diventate diffuse solo molti decenni più tardi.

Sul fronte previdenziale, chiese l'assicurazione delle infermiere alla Cassa Nazionale di Previdenza e alla Società contro gli infortuni sul lavoro, considerando come tali le malattie acquisite in servizio, e la destinazione di una casa dell'Ospedale a ricovero per le infermiere pensionate prive di famiglia.

Propose inoltre una riorganizzazione del lavoro, assegnando alle donne l'assistenza ai malati e agli uomini altri servizi di supporto (1902c).

Ersilia Majno definì le sue proposte come frutto di un «convincimento razionale e immutabile» (1902c), sigillando con queste parole un testamento morale che trascendeva il suo tempo. La sua visione, nutrita di pragmatismo e idealismo in egual misura, anticipava conquiste che solo decenni più tardi sarebbero divenute patrimonio comune. Con la sapienza di chi sa vedere oltre l'orizzonte del presente, ella comprese che i diritti del lavoro non possono essere negati «senza ledere i principi elementari di giustizia e di umanità» (1902c) e, con intuizione ancora più profonda, che l'eccellenza dell'assistenza ospedaliera dipende dalla dignità di chi la offre.

Eredità incompiuta: il progetto Majno e le sfide contemporanee

Era il 1902, e una nuova alba stava sorgendo sul mondo dell'assistenza infermieristica, grazie alla luce di una mente illuminata che osò immaginare un futuro diverso.

Elisa Boschetti prese il posto di Ersilia Majno all'interno del Consiglio, ma fin dai primi mesi del suo incarico tenne informata l'unionista di tutto quello che avveniva all'interno del Consiglio ospedaliero. Nonostante tutte le difficoltà incontrate, la stessa Ersilia non volle però rinunciare né bloccare il suo progetto e decise di portare avanti tale scopo grazie anche ad un gruppo di cittadini che avevano dato vita ad un comitato cittadino. Tra di loro vi erano, l'assessore comunale Arcelaschi, il primario dell'Ospedale Maggiore Bertazzoli, i consiglieri Broglio e Boschetti ma anche medici ed esponenti delle istituzioni cittadine. L'opinione pubblica, si era poco alla volta persuasa che occorreva riformare la professione infermieristica ma, sulla sua femminilizzazione il dibattito sembrava aperto e doveva necessariamente tenere conto degli interessi di una categoria connotata dal genere, abbastanza forte ed organizzata a livello sindacale. Il manifesto di convocazione di un primo incontro, che venne redatto nel gennaio 1903, riprendeva per grandi linee le proposte di Ersilia Majno a ulteriore conferma che i tempi erano maturi, ma questa volta si discusse della possibilità di una Scuola per infermieri sia per uomini che per donne (Bartolini, 2019). Nel 1908 Anna Celli propose altre riflessioni per rilanciare il tema della formazione nell'assistenza ai malati ma, si dovettero attendere cinque anni dopo per la nomina di una nuova Commissione voluta dal Consiglio Ospedaliero. Nel novembre del 1913, nelle sedute del 19 e del 26 corrente mese, si approvò il regolamento per la nuova scuola Infermieri dell'Ospedale Maggiore (Galimberti & Rebora, 2005). Un primo passo verso il miglioramento nei confronti dell'assistenza fu fatto attraverso l'articolo 104 del regolamento sanitario, nel quale si stabiliva una distinzione tra le mansioni di servizio e quelle vere e proprie dell'infermiere adibito all'assistenza immediata dei malati. A più di un secolo dalla lungimirante proposta, è sorprendente quanto alcune delle sue preoccupazioni risuonino ancora oggi nella professione infermieristica. Nonostante i significativi progressi nella formazione e nel riconoscimento professionale, il sovraccarico lavorativo, i turni estenuanti e la carenza di personale continuano a caratterizzare la realtà quotidiana di molti infermieri, riflettendo in modo inquietante quelle stesse condizioni che la Majno cercava di riformare.

Oggi, indubbiamente, assistiamo a un'elevazione significativa del percorso formativo anche se il divario tra preparazione accademica e riconoscimento sociale ed economico rimane una questione irrisolta, come se l'intuizione della Majno sulla necessità di "dignificare" la professione non fosse stata ancora pienamente realizzata.

È impressionante come alcune richieste quali limiti di orario, riposo settimanale, congedi annuali siano oggi sancite dalle normative sul lavoro, mentre altre come un adeguato equilibrio tra vita professionale e personale, rimangono ancora aspirazioni per molti infermieri. Il fenomeno contemporaneo del *burnout* e dell'abbandono della professione testimonia quanto sia ancora necessario ripensare le condizioni lavorative in un'ottica di sostenibilità umana.

Nel labirinto delle sfide contemporanee dell'assistenza sanitaria, abbiamo un disperato bisogno di pionieri come Ersilia Majno, che sappiano guardare oltre i confini del presente per tracciare nuovi percorsi di dignità professionale e qualità assistenziale, capaci di parlare con uguale autorevolezza alle istituzioni e a chi ogni giorno affronta il complesso lavoro del prendersi cura di una società sempre più bisognosa, ma sopra ogni cosa che siano capaci di sfidare lo status quo con proposte concrete e visionarie, per elevare una professione che continua a dibattersi tra abnegazione e mancato riconoscimento.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Giuseppe Prinziwalli

MScN, RN Tutor Didattico - Corso di Laurea Infermieristica - Università Statale di Milano
Sez. IRCCS Santa Maria Nascente - Fondazione Don Gnocchi Onlus



Questa fotografia rappresenta la crescita e i diversi panorami e sfumature che si possono vivere e raggiungere nella professione infermieristica, sia in verticale che in orizzontale, dal prato fiorito alla montagna. Rappresenta la varietà dei percorsi: dai diversi ambiti clinici (medico, chirurgico, urgenza, riabilitazione, pediatrico, territorio, psichiatria, ecc.), alla ricerca, alla formazione, alla dirigenza, fino alla dimensione multiprofessionale (molti infermieri si specializzano anche in altri settori: io stesso, ad esempio, sono anche Psicologo). Come ogni esperienza, anche questa professione non è sempre semplice o lineare: porta a vivere mondi diversi, tutti da approfondire, esplorare e affrontare.

Allo stesso tempo, offre l'opportunità di crescere nell'autoefficacia percepita e nella resilienza, poiché osservare un panorama (e in questo caso diversi panorami) dopo la salita, ci dimostra che siamo stati efficaci, in grado di superare le difficoltà e quindi potenzialmente in grado di affrontarne altre.



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA

ISCRIVERSI ALL'OPI SIGNIFICA ANCHE QUESTO

Convenzioni e
vantaggi riservati
agli infermieri iscritti
all'OPI Milano – Lodi –
Monza e Brianza

Essere parte dell'Ordine significa tutela, rappresentanza e formazione.
Ma significa anche **attenzione alla vita quotidiana**, ai bisogni concreti,
al benessere personale e familiare.



VIAGGI



CASA



TECNOLOGIA



SALUTE



BENESSERE



TEMPO LIBERO

Le convenzioni sono consultabili online, nell'area riservata agli iscritti.

opimilomb.convenzioniaziendali.it

PEC GRATUITA PER GLI ISCRITTI OPI



La tua casella PEC è obbligatoria.

Se non ce l'hai, **OPI Milano-Lodi-Monza e Brianza** te la mette a disposizione gratuitamente.

Perché è importante

La Legge 28 gennaio 2009 n. 2 ha introdotto l'obbligo per i professionisti di dotarsi di un proprio indirizzo di **Posta Elettronica Certificata (PEC)** e di comunicarlo al rispettivo Ordine.

COME ATTIVARLA (GRATIS)

Se non disponi di una PEC personale e vuoi attivare quella messa a disposizione da OPI, invia una richiesta a:

info@opimilomb.it

Indica obbligatoriamente:

- Cognome e nome
- Codice fiscale
- Numero di cellulare

Un passo semplice. Un vantaggio concreto.

Attiva la tua PEC gratuita.



italianjournalofnursing.it