



RIVISTA SCIENTIFICA

L'ORDINE INFORMA

GLI STRUMENTI DELLA
"BORSA DEGLI ATTREZZI"
DELL'INFERMIERE

Il periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE n. 9 ANNO V
GENNAIO / GIUGNO 2025



MACERATA

Tel. 0733 233051
Fax. 0733 269863
www.opimacerata.it

COMITATO DI DIREZIONE:

Dott. **Sauro Regnicolo**: Direttore Responsabile

Dott. **Sandro di Tuccio**: Presidente OPI

COMITATO DI REDAZIONE:

Dott.ssa **Lucia Giuliani**

COMITATO SCIENTIFICO:

Dott. **Andrea Crognaletti**

Dott.ssa **Alessia Diamanti**

Dott.ssa **Arianna Coppari**

Dott.ssa **Arianna Mancini**

Dott.ssa **Arianna Pasquaretta**

Dott. **Brahim Lagtaa**

Dott. **Claudio Rinaudo**

Dott. **Daniele Messi**

Dott.ssa **Lisa Angelica Lorenzini**

Dott. **Marco Nasnini**

Dott.ssa **Mariagrazia Maio Masci**

Dott.ssa **Marinela Gjoshevaska**

Dott.ssa **Martina Cupaiolo**

Dott. **Matteo Renzi**

OPI MACERATA

Impaginazione e Grafica a cura di **Martina Cupaiolo**

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright
" Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata "

Corso Cavour, 96 Macerata (MC)

Tel. 0733233051

Fax. 0733269863

info@opimacerata.it

redazione@opimacerata.it

CONOSCI GIÀ IL NOSTRO LOGO?

Nel cammino di crescita della nostra Rivista Scientifica Infermieristica L'Ordine Informa, il logo rappresenta un segno distintivo, ricco di significati e radicato nei valori della professione. Non si tratta solo di un elemento grafico, ma di una vera e propria narrazione visiva della nostra identità. Il simbolo nasce dall'incontro tra tradizione e innovazione, racchiudendo in sé l'essenza della nostra mission: **promuovere la conoscenza, sostenere la ricerca infermieristica e rafforzare la comunità professionale.**

Le iniziali "OI" richiamano il nome della rivista e si ispirano, per affinità stilistica, al logo della FNOPI, a sottolineare il nostro essere parte attiva e solidale alle scelte nazionali.

Al centro, una lanterna: chiaro riferimento a Florence Nightingale e al suo messaggio eterno di luce, guida e speranza. Un segno che ci ricorda ogni giorno quanto le nostre radici siano fondamentali per orientare il futuro. Le mani sullo sfondo simboleggiano **accoglienza, protezione e cura**, valori cardine dell'assistenza infermieristica.

L'appartenenza all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata è ben visibile nel tratto identitario che collega il logo al nostro territorio, mettendo in risalto l'impegno per lo sviluppo locale e la crescita della professione.

La scelta di un testo in stile classico, abbinato a linee grafiche moderne e tonalità cromatiche armoniose, dona equilibrio tra autorevolezza scientifica e contemporaneità.

Questo logo rappresenta un punto di partenza per nuovi traguardi.

È un invito rivolto a tutti gli infermieri, agli studenti, ai ricercatori e ai professionisti della salute a riconoscersi in un progetto editoriale serio, coerente e condiviso.

Attraverso la rivista e il suo simbolo, continuiamo a costruire spazi di riflessione, confronto e diffusione del sapere, per una professione infermieristica sempre più consapevole e riconosciuta.



A cura di Martina Cupaiolo

LA REDAZIONE VI PRESENTA DUE NUOVI AUTORI!

In questa edizione diamo il benvenuto a due nuovi membri che entrano a far parte del Comitato Scientifico della nostra Rivista. La loro adesione rappresenta un arricchimento significativo per il lavoro editoriale e per la qualità dei contenuti che offriamo. Entrambi portano con sé competenze, esperienze e una visione orientata alla crescita della professione. Siamo lieti di accoglierli anche nel ruolo di autori, certi che il loro contributo saprà offrire spunti di riflessione e approfondimento utili a tutta la comunità infermieristica.

Sono **Alessia Diamanti**, ho 40 anni, Laurea in Infermieristica nel 2008, esperienze di lavoro nell'AST 3 in Oncologia, Hospice, Dipartimento Materno-Infantile, Pneumologia e ADI, dove attualmente lavoro.

Ho conseguito presso Univpm Ancona il Master in Medicina Narrativa, Comunicazione ed Etica della cura (2008) e Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (2024).

Mi chiamo **Mariagrazia Maio Masci**, ho 43 anni. Nel novembre 2014 ho conseguito la Laurea in infermieristica. Dal giugno 2017 ad ottobre 2018 ho lavorato al blocco operatorio di Osimo come infermiere di anestesia. Dal novembre 2018 lavoro presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Civitanova Marche. Nel settembre 2018 ho conseguito la qualifica di istruttore BLS/D presso l'Irc di Bologna e attualmente sono istruttore BLS/D nel centro di formazione dell'Ast Macerata. Nel mese di ottobre 2024 ho conseguito il master di I livello in area critica ed emergenza e attualmente sono iscritta al Corso di Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Ricordiamo alcune caratteristiche che accomunano i professionisti del Comitato Scientifico, necessarie per poter far parte della redazione dell'Opi Informa:

- **Essere infermiere iscritto all'Albo degli Infermieri di Macerata.**
- **Essere in regola con i crediti ecm** nella piattaforma Co.Ge.A.P.S.,
- **Mostrare una comprovata esperienza e/o interesse per la ricerca infermieristica.**



Buona lettura da tutti noi!

INDICE DEI CONTENUTI

	"UNA NUOVA ROADMAP PER GLI INFERMIERI DI OGGI E DOMANI"	
	L'Editoriale a cura di <i>Sandro di Tuccio</i>	1
<i>C. rognaletti A. et al.</i>	I. EMODINAMICA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA: UNO SGUARDO AL FUTURO	
	<i>Premessa</i>	3
	Descrizioni	4
	Conclusioni e Bibliografia	6
<i>Pasquaretta A. et al.</i>	II. PROCEDURE, PROTOCOLLI E LINEE GUIDA AL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI EMERGENZA URGENZA	
	<i>Premessa</i>	7
	<i>Contributi</i>	8
	Conclusione e Bibliografia	10
<i>Giuliani L.</i>	EX LIBRIS: "CUORE MENTE MANI. STORIE DI VITA CHE CURANO"	
		11
<i>Confaloni A. et al.</i>	III. SCUOLA E BENESSERE PSICOLOGICO: IL RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO	
	Premessa e Descizioni	14
	Obiettivo	16
	Risultati	17
	Conclusioni e Bibliografia	19
<i>Mancini A.</i>	IV. IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	
	Premessa e Descrizioni	21
	Conclusioni	22
	<i>Bibliografia</i>	23

Renzi M., Nasmini M.

V. DOLL THERAPY: APPROCCIO INNOVATIVO NON FARMACOLOGICO PER PAZIENTI CON DEMENZA

<i>Premessa</i>	24
Materiali e Metodi	25
Risultati	26
Conclusioni	27

Crognaletti A., Diamanti A.

VI. IL RUOLO STRATEGICO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

<i>Premessa</i>	29
Descrizioni	30
Conclusioni	32

Diamanti A.

VII. IL DEBRIEFING: RIELABORAZIONE DI UNA METODOLOGIA DIDATTICA NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Premessa, Materiali & Metodi	34
Risultati e conclusioni	36
Bibliografia e Sitografia	38

Acciarresi E.

FAQ: LA LIBERA PROFESSIONE

39

Gjoshevska M. et al.

VIII. IL TOCCO CHE CURA: REVISIONE NARRATIVA SUL “CARING TOUCH”

<i>Premessa</i>	44
Conclusioni	45
<i>Bibliografia</i>	46

Crognaletti A et al.

IX. MAPPATURA DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN PNEUMOLOGIA E SEMINTENSIVA RESPIRATORIA: STUDIO OSSERVAZIONE TRASVERSALE

Premessa, obiettivi, materiali e metodi	48
Risultati	49
Conclusioni	54
<i>Bibliografia</i>	55





OPI Macerata è su INSTAGRAM!



La pagina dell'OPI di Macerata si migliora e accresce i suoi contenuti inerenti la professione, le novità più attuali, articoli di ricerca e temi di attualità. Resta aggiornato, seguici!

Vai subito alla pagina: L' **OrdineInforma**



Segui le news e partecipa ai sondaggi interattivi!

Buona estate

2025

dall'OPI di Macerata

Il **Presidente** e
il **Comitato Tecnico Scientifico**





Dott. di Tuccio Sandro

PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEGLI
INFERMIERI DI
MACERATA

"UNA NUOVA ROADMAP PER GLI INFERMIERI DI OGGI E DI DOMANI"

L'Editoriale



PANORAMICA



Nel 2021, appena usciti dalla pandemia Covid-19, l'OMS con il documento WHO/EURO:2021-4464-44227-62471 pubblicava una Roadmap per guidare l'implementazione delle Direzioni Strategiche Globali per l'Infermieristica e l'Ostetricia nella Regione Europea dell'OMS. Con tale documento con la prefazione di Hans Henri P. Kluge, Direttore Regionale dell'OMS per l'Europa, chiedeva ai Governi e a tutti i partner nella Regione Europea di lavorare insieme in modo concertato per garantire un fermo impegno politico a lungo termine per la forza lavoro infermieristica e ostetrica attraverso investimenti sostenibili in quattro aree prioritarie:

1. **Rafforzare i programmi di formazione e i tirocini** di infermieristica e ostetricia sviluppando standard accademici e promuovendo adeguate misure normative per garantire l'eccellenza della formazione infermieristica e ostetrica -

2. **Ottimizzare la pratica infermieristica e ostetrica** per consentire a infermieri e ostetriche di esercitare in ambienti sicuri e che offrono tutto il loro sostegno, e promuovere i loro ruoli rivalutati all'interno di team sanitari interprofessionali multidisciplinari;

3. **Creare e finanziare posti di lavoro attraenti per aumentare la disponibilità, la distribuzione e il mantenimento (retention) degli infermieri** nel rispetto dei principi del Codice Deontologico Globale dell'OMS sul reclutamento Internazionale del personale sanitario;

3. Costruire capacità di infermieri e ostetriche a livelli superiori e **offrire chiari percorsi di avanzamento di carriera.**

Il raggiungimento degli obiettivi proposti dalla Roadmap era visto dall'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa come un imperativo non solo per infermieri e ostetriche, ma anche per la salute e il benessere delle popolazioni e dei Paesi di cui sono al servizio. Siamo ormai a metà del 2025 e -

- quindi alla fine del quinquennio, in cui tale programma doveva essere applicato ma *cosa è stato fatto? Come sono stati risolti i problemi dell'infermieristica?*

Soffermandoci in Italia, nonostante queste indicazioni, le difficoltà in cinque anni sono rimaste le stesse, anzi la situazione è peggiorata. Un contratto ormai vecchio che non si riesce a firmare, un'apertura senza filtro alla Facoltà di Medicina e Chirurgia che porterà inevitabilmente ad una ancora maggiore contrazione degli accessi ad infermieristica, una considerazione sociale minima spesso palesata da episodi di violenza sempre più gratuiti a carico degli infermieri, una fuga dal Sistema Sanitario pubblico verso l'estero o il privato o addirittura una fuga dalla professione. Per chi rimane si assiste in una parte importante degli infermieri al **fenomeno del quiet quitting, l'abbandono silenzioso.**

Urge una nuova roadmap allineata con gli altri paesi europei, non a macchia di leopardo, che determini strategie veramente utili e politiche urgenti per applicarle. Anche se a guardare gli investimenti pianificati dall'EU 2021/2027, i fondi per la sanità sono minori rispetto al gender equality ed al riarmamento.

Sicuramente necessitiamo di uno sviluppo della professione in ambiti clinici e specialistici per soddisfare campi di assistenza al momento in difficoltà, il tutto allineato ad un riconoscimento di carriera ed economico reale e concreto, serve una maggiore autonomia per la professione.

Si guardi in Francia ad esempio. Con il *Décret* n° 2025-55, pubblicato il 20 gennaio 2025 su *Légifrance* con cui oggi, gli infermieri francesi escono definitivamente dalla zona d'ombra del sistema sanitario per entrare nella piena luce della responsabilità clinica.

Consultazioni autonome, diritto di prescrizione, riconoscimento delle diagnosi infermieristiche ed un contratto migliore con adeguamento salariale e contrattuale degli IPA e l'apertura di nuove posizioni negli ambulatori pubblici e nelle strutture territoriali.

E' una trasformazione strutturale che segna la nascita di un nuovo modello sanitario, fondato sulla valorizzazione del ruolo infermieristico come pilastro dell'accesso alle cure.

In Italia, dove vengono formati i migliori infermieri al mondo, a detta di tutti, vista poi l'enorme offerta di lavoro che gli viene data all'estero, siamo ancorati ancora a modelli organizzativi vecchi e stantii, l'aumento salariale è legato ad altre professioni, le competenze avanzate sono appannaggio solo di alcune aziende sanitarie illuminate, con una infermieristica che va a marce diverse a seconda della regione in cui lavori. Abbiamo solo l'11% di colleghi con incarichi dirigenziali che gestiscono spesso processi molto complicati. I docenti universitari di ruolo sono pochissimi rispetto alla popolazione che formano, ed alcune università nemmeno bandiscono dottorati di ricerca MED/45 perché non sono nella loro vision. Siamo fondamentali, indispensabili per un sistema sanitario che è in gravi difficoltà; una popolazione sempre più anziana e l'aumento di cronicità esponenziale ma nessuno investe concretamente nell'infermiere.

La speranza è che l'OMS come il WHO scrivano nuove rotte da seguire ed i Governi si impegnino a seguirle concretamente. Il rischio di avere un sistema sanitario senza professionalità, senza risorse umane, senza infermieri è molto alto e ad un prezzo che assolutamente non ci possiamo permettere di pagare. E nel frattempo? **Speriamo di riuscire a resistere.**

Il Presidente,

Sandro di Tuccio

Per una rivista più attuale,
social nuovi e in costante aggiornamento:

Seguici sulla
pagina INSTAGRAM:
L'OrdineInforma



Siamo attivi anche
su FACEBOOK!
Ordine Macerata

L'ORDINE INFORMA 2

EMODINAMICA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA: UNO SGUARDO AL FUTURO

A cura di: **Crognaletti Andrea** [A], **Galli Alessia** [B], **Montini Alessandra** [C]

[A] Infermiere UOSD Cardiologia Interventistica, AST Macerata

[B] Infermiere SOD Pronto Soccorso e OBI, AOU delle Marche

[C] Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione, AST Ascoli Piceno

Per corrispondenza: andrea.crognaletti@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Una panoramica sulle professionalità, sulle competenze tecnico-infermieristiche e sull'innovazione nella cura del paziente in Emodinamica e Cardiologia Interventistica.

SOMMARIO ESTESO

Nei contesti ad alta specializzazione come l'emodinamica, l'infermiere è chiamato a possedere competenze avanzate sia cliniche che tecnologiche, necessarie per assistere il paziente in situazioni critiche e durante procedure complesse. Il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri sottolinea l'importanza della responsabilità professionale, della formazione continua e dell'adozione consapevole delle innovazioni, promuovendo un'assistenza sicura, personalizzata e fondata sull'evidenza scientifica.

PREMESSA

Il laboratorio di Emodinamica è un ambiente avanzato che sfrutta le più moderne biotecnologie per la diagnosi e il trattamento di un ampio spettro di patologie cardiovascolari. Gli infermieri che operano in questo contesto lavorano in un **ambiente altamente tecnologico e complesso**, dove i pazienti sono spesso affetti da patologie caratterizzate da una rapida evoluzione clinica, richiedendo interventi

- tempestivi e precisi. Per affrontare efficacemente queste sfide, si deve possedere una preparazione specialistica che integri le conoscenze teoriche con competenze pratiche avanzate, necessarie per garantire interventi assistenziali appropriati, efficaci e sicuri. L'approccio deve essere sempre orientato alla sicurezza del paziente, combinando competenze individuali e collettive per -

- rispondere alle necessità di un contesto in continua evoluzione (*Austin F et al.*).

Inoltre, l'infermiere deve possedere competenze relazionali per supportare il paziente e la sua famiglia, rispondendo alle preoccupazioni e garantendo un'adeguata informazione sul trattamento; il supporto psicologico al paziente è essenziale, poiché queste procedure, sebbene minimamente invasive, possono generare ansia. L'infermiere deve fornire informazioni chiare sullo scopo dell'esame e sulle sensazioni che il paziente potrebbe avvertire durante la procedura. Dopo l'esame, l'infermiere ha anche la responsabilità di monitorare il paziente per eventuali complicanze post-procedurali e di garantire una corretta gestione del recupero post-operatorio. L'educazione continua e la ricerca sono elementi essenziali per mantenere aggiornate le proprie competenze in un settore in continua evoluzione, dove l'innovazione tecnologica e le pratiche cliniche sono in costante cambiamento (*Barisone M, Radini D.*).

Come riportato nel documento di posizione SICI-GISE (*Magro B et al.*), le conoscenze di base richieste riguardano innanzitutto:

- anatomia, fisiologia e fisiopatologia cardiovascolare
- elettrocardiografia di base e avanzata
- farmacologia
- tecniche di rianimazione - BLS/AED adulto - ACLS
- monitoraggio multiparametrico e monitoraggio emodinamico
- radioprotezione

Nelle competenze avanzate si evidenzia invece l'aspetto specialistico della disciplina, e troviamo:

- capacità di **analisi critica** della letteratura scientifica
- capacità di **analisi del proprio operato** professionale misurandolo secondo i metodi indicati dalla letteratura
- conoscenza e capacità di gestione di tutte le situazioni clinico-assistenziali sia routinarie che in urgenza/emergenza che vengono messe in atto presso il laboratorio in cui si presta la propria opera professionale
- **conoscenza e capacità di gestione del poligrafo**

- conoscenza e capacità di **gestione degli stimolatori temporanei endocavitari**
- conoscenza e capacità di gestione di tutte le apparecchiature elettromedicali, di propria competenza, presenti all'interno del laboratorio di diagnostica interventistica cardiovascolare
- conoscenza e capacità di gestione di tutte le procedure diagnostiche ed interventistiche che si eseguono nel proprio laboratorio di diagnostica interventistica cardiovascolare, nelle fasi pre-, intra- e postprocedurali
- conoscenza e capacità di **gestione dell'emostasi** degli accessi vascolari e degli eventuali segni e sintomi di complicanze, sapendoli gestire nei limiti della propria professione
- applicazione delle cure infermieristiche al paziente sottoposto ad impianto di IABP (contropulsatore aortico) o LVAD (dispositivo di assistenza ventricolare sinistra, es. Impella) e gestione tecnica dell'apparecchiatura

Alla luce di questo portfolio delle competenze, possiamo fare ora una panoramica su alcune delle procedure, tecnologie e dispositivi che fanno parte della quotidianità dell'infermiere di emodinamica.

DESCRIZIONI

Il trattamento dei pazienti cardiologici critici in sala di emodinamica, in particolare di quelli in shock cardiogeno o a rischio elevato di instabilità durante angioplastiche complesse, rappresenta un tema estremamente attuale. Oggi, grazie al progresso tecnologico, è possibile avvalersi di diversi dispositivi di supporto meccanico circolatorio, impiantabili con tecniche percutanee sempre più sicure e meno invasive, che permettono di stabilizzare il paziente e migliorare l'outcome procedurale (*Berti S et al.*). Il posizionamento e la gestione infermieristica dei dispositivi di assistenza ventricolare sinistra (es: Impella) sono cruciali per garantire il corretto funzionamento di questo dispositivo, utilizzato principalmente per i pazienti con insufficienza cardiaca acuta o shock -

- cardiogeno; esso supporta la funzione cardiaca, pompando il sangue dal ventricolo sinistro all'aorta e migliorando così la perfusione degli organi vitali. Il catetere del dispositivo viene inserito per via femorale e successivamente avanzato fino al ventricolo sinistro, attraverso la valvola aortica. Il corretto posizionamento è essenziale per evitare complicanze come il malfunzionamento del dispositivo o danni vascolari. Il **contropulsatore aortico** (intra-aortic balloon pump - IABP) è un catetere con palloncino che viene collocato nell'aorta tramite un accesso percutaneo dall'arteria femorale, mediante una procedura condotta in anestesia locale. Il catetere è collegato a un dispositivo esterno che permette di gonfiare e sgonfiare il palloncino in sincronia con l'attività del cuore: quando il ventricolo sinistro è in diastole il dispositivo si gonfia, aumentando il flusso di sangue al cuore e al resto dell'organismo, mentre quando il ventricolo sinistro è in sistole il palloncino si sgonfia, creando spazio aggiuntivo nell'aorta e consentendo al cuore di pompare più sangue. La gestione di questi dispositivi richiede un monitoraggio attento e continuo dei parametri vitali del paziente, dell'integrità del sistema, del corretto funzionamento del dispositivo, di eventuali segni di complicanze come sanguinamenti, infezioni nel sito di inserimento, occlusioni del catetere. Il supporto psicologico al paziente è altrettanto importante, poiché la presenza del dispositivo può generare ansia e preoccupazione, nonché garantire un'adeguata educazione al paziente e alla famiglia riguardo al trattamento in corso e alla sua gestione.

L'**OCT** (Tomografia a Coerenza Ottica) e **IVUS** (Ultrasonografia Intravascolare) sono due tecniche avanzate utilizzate in sala emodinamica per l'imaging ad alta risoluzione delle coronarie; l'OCT utilizza la luce infrarossa per ottenere immagini ad alta risoluzione della parete arteriosa e delle lesioni coronariche, consentendo di visualizzare dettagli come la placca aterosclerotica, la morfologia della lesione e lo spessore delle pareti vascolari con una risoluzione micrometrica. L'IVUS, d'altra parte, utilizza onde ultrasonore per produrre immagini in tempo reale dei vasi sanguigni -

- mentre il catetere avanza lungo il vaso, ed è utile per misurare il diametro delle arterie coronarie, valutare il grado di stenosi e monitorare l'impianto di stent.

Il principio alla base dello **Shockwave** è l'emissione di onde acustiche ad alta energia che vengono indirizzate direttamente sulla lesione calcifica coronarica, creando piccole fratture all'interno della calcificazione e rendendo più facile il trattamento. Il Rotablator è un dispositivo utilizzato per il trattamento di lesioni coronariche calcifiche; funziona mediante un catetere rotante con una punta diamantata che, grazie alla sua elevata velocità di rotazione (fino a 200.000 giri al minuto), frantumava le placche calcifiche consentendo così di migliorare la dilatazione del vaso durante l'angioplastica coronarica. Il laser ad eccimeri è una tecnologia utilizzata che emette impulsi di luce ultravioletta a una lunghezza d'onda di 308 nm., questa energia viene assorbita dal tessuto vascolare, causando l'evaporazione del materiale trombotico e la frammentazione delle placche aterosclerotiche, facilitando così la dilatazione del vaso e l'inserimento di stent. Durante queste procedure, è essenziale monitorare attentamente i parametri vitali del paziente, ed essere vigili per eventuali complicanze, come aritmie, emorragie o perforazioni vascolari. La gestione post-operatoria richiede un monitoraggio continuo e una valutazione attenta delle condizioni del paziente per garantire un recupero ottimale.

La *Fractional Flow Reserve* (**FFR**) è una tecnica diagnostica utilizzata per valutare l'importanza funzionale di una stenosi coronarica, misurando la pressione del flusso sanguigno nelle coronarie distali (oltre la stenosi) rispetto alla pressione nella porzione prossimale (prima della stenosi) durante la somministrazione di un farmaco vasodilatatore. Il valore di FFR indica se la stenosi è funzionalmente significativa, suggerendo così la necessità di angioplastica coronarica, o, invece, se non ha un impatto clinicamente rilevante sul flusso coronarico, e quindi l'intervento non è necessario.

Il test di provocazione con **acetilcolina** è una -

- procedura diagnostica utilizzata durante l'angiografia per valutare la risposta vasomotoria e la funzione endoteliale delle coronarie. Viene impiegato principalmente per diagnosticare la disfunzione endoteliale, una condizione in cui l'endotelio non riesce a regolare adeguatamente il tono vascolare, favorendo il rischio di aterosclerosi e altre patologie cardiovascolari. Il test dell'acetilcolina è particolarmente utile in pazienti con sintomi atipici o quando i tradizionali test diagnostici, come l'angiografia coronarica, non sono sufficienti a identificare la causa dei sintomi.

La **valvuloplastica aortica percutanea** è una procedura interventistica mini-invasiva utilizzata principalmente come trattamento palliativo per la stenosi aortica severa, soprattutto in pazienti non candidabili alla sostituzione valvolare chirurgica o alla TAVI. La tecnica consiste nell'introduzione di un catetere con pallone attraverso un accesso arterioso, che viene posizionato a livello della valvola aortica stenotica. Il pallone viene quindi gonfiato per dilatare la valvola e migliorare temporaneamente il flusso sanguigno. Sebbene i benefici siano generalmente di breve durata, la procedura può essere utile per stabilizzare pazienti critici o come ponte a trattamenti definitivi.

Il **forame ovale pervio (PFO)** è una comunicazione anomala tra l'atrio destro e l'atrio sinistro del cuore che, sebbene presente in molti adulti senza causare problemi, può essere associato a patologie come ictus criptogenetico (ictus senza causa apparente) e altre complicanze emodinamiche. La chiusura del PFO è una procedura interventistica finalizzata a occludere questo foro per prevenire il passaggio di emboli da destra a sinistra, che potrebbe essere la causa di un ictus.

La **chiusura auricolare sinistra** è una procedura usata principalmente per prevenire l'ictus cardioembolico nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV), che non possono assumere anticoagulanti orali in modo sicuro ed efficace. Entrambe le procedure -

- sono guidate da fluoroscopia ed ecocardiografia transesofagea, e sono interventi minimamente invasivi che offrono un'alternativa alle terapie farmacologiche, riducendo il rischio di eventi tromboembolici.

CONCLUSIONI

Il ruolo dell'infermiere in emodinamica sta evolvendo rapidamente, adattandosi alle nuove sfide poste dall'innovazione tecnologica e dall'ampia gamma di procedure interventistiche. Per garantire un'assistenza di alta qualità, è fondamentale che gli infermieri acquisiscano competenze specialistiche attraverso percorsi formativi strutturati (Chiarabelli M et al.). La collaborazione interdisciplinare è essenziale per il successo delle procedure emodinamiche, in quanto contribuisce a ottimizzare gli esiti clinici e a garantire la sicurezza del paziente. È quindi fondamentale promuovere una formazione condivisa e standardizzata, che favorisca l'integrazione delle diverse figure professionali all'interno dei laboratori di emodinamica (Brush JE et al.). Questi elementi sono fondamentali per rispondere alle sfide di un settore in continua evoluzione e per garantire un'assistenza di qualità ai pazienti sottoposti a interventi emodinamici (Hinterbuchner L et al.).

Bibliografia

Austin F, Carroll DL, Ruppert T et al. A core curriculum for the continuing professional development of nurses: developed by the Education Committee on behalf of the Council on Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 14:190-7

Barisone M, Radini D. La formazione e le competenze dell'infermiere di cardiologia in una visione europea. *G Ital Cardiol*, 2022; 23 (7), 565-569

Berti S, Piccaluga E, Marchese A, et al. Documento di posizione SICI-GISE sugli standard e linee guida per i laboratori di diagnostica e interventistica cardiovascolare. *G Ital Cardiol* 2015;16:590-600

Brush JE Jr, Handberg EM, Biga C, et al. ACC health policy statement on cardiovascular team-based care and the role of advanced practice providers. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:2118-36

Chiarabelli M, Negrello F, Longoni M. Quali prospettive per gli infermieri e i tecnici all'interno dei laboratori di emodinamica? *G Ital Cardiol* 2017; 18 (9 Suppl. 1):185-205

Hinterbuchner L, Coelho S, Esteves R, et al. A cardiac catheterisation laboratory core curriculum for the continuing professional development of nurses and allied health professions: developed by the Education working group of the Nurses and Allied Professions Committee for the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) 2016. *EuroIntervention* 2017;12:2028-3

Magro B, Chiarabelli M, Barisone M et al. Documento di posizione SICI-GISE sugli standard dei laboratori di diagnostica e interventistica cardiovascolare: le professioni sanitarie del comparto standard qualitativi e quantitativi. *G Ital Cardiol* 2019;20(9 Suppl. 1):85-135

PROCEDURE, PROTOCOLLI E LINEE GUIDA AL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI EMERGENZA URGENZA

Autori: **Arianna Pasquaretta** [A],
M. Grazia Maio Masci [B], **Claudio Rinaudo** [C]

[A] Infermiera Tutor Corso di laurea in medicina UNIVPM – Polo didattico di Ancona

[B] Infermiere U.O. Pronto Soccorso, Osp. Civitanova Marche, AST Macerata

[C] Infermiere U.O. Pronto Soccorso e POTES 118, Osp. Civitanova Marche, AST MC

Per corrispondenza: a.pasquaretta@gmail.com

SOMMARIO BREVE

L'infermiere di emergenza-urgenza spesso si trova ad operare in completa autonomia in contesti dove la tempestività e la precisione sono fondamentali. Linee guida, protocolli e procedure sono strumenti essenziali per migliorare la qualità dell'assistenza.

SOMMARIO ESTESO

Secondo l'Institute of Medicine 1992, le linee guida sono "Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, per assistere professionisti sanitari, cittadini e pazienti nel decidere le modalità dell'assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche". I protocolli sono schemi di comportamento predefiniti, basati su sequenze procedurali prescrittive. Si tratta di strumenti rigidi che definiscono la successione di azioni necessarie per raggiungere un obiettivo. Vengono redatti per garantire un'erogazione delle prestazioni efficace, efficiente e uniforme.

Le procedure, infine, sono una sequenza logica e dettagliata di azioni: forniscono indicazioni operative sui passaggi tecnici, sulle responsabilità e sulle risorse necessarie per lo svolgimento di un'attività.

PREMESSA

Il D.M. 739 del 14 settembre 1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" all'articolo 1 definisce che: **"L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"**.

Per la prima volta viene utilizzato il termine "operatore sanitario" e viene riconosciuta la natura intellettuale della professione infermieristica; nonché la responsabilità del suo ruolo nella pianificazione, nella gestione e nella valutazione dell'intervento assistenziale. Tale decreto ha segnato l'inizio dell'evoluzione della professione infermieristica e la successiva L. 42 del 26 febbraio 1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che porta all'abrogazione del mansionario, istituito dal D.P.R 14 marzo 1974, N° 225, sancisce il definitivo passaggio da meri esecutori a professionisti intellettuali. Il riconoscimento della professionalità degli infermieri ha implicato inevitabilmente anche il riconoscimento dell'autonomia professionale. Infatti, la Legge 251/2000 stabilisce che "l'infermiere svolge con autonomia professionale attività diretta alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute (...) espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive del relativo profilo professionale nonché dal codice deontologico". L'autonomia professionale consiste nella possibilità di esercitare le attività assistenziali, negli ambiti di propria competenza, in funzione della tutela del malato; mentre la responsabilità rappresenta l'insieme delle conseguenze alle quali si espone il professionista nello svolgimento delle proprie azioni. Sulla base di questi due concetti, autonomia e responsabilità, la giurisprudenza riconosce al sanitario la discrezionalità tecnica, fermo restando l'obbligo dell'infermiere ad agire con appropriatezza, efficacia ed efficienza. Tale obbligo viene ribadito anche dal Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2025) nell'articolo 40 (Linee guida e buone pratiche assistenziali) affermando che: ***"l'infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendo il continuo aggiornamento"***.

In seguito all'istituzione del profilo professionale, all'abrogazione del mansionario e al riconoscimento dell'autonomia professionale, nasce la necessità di servirsi di strumenti che consentano ai professionisti di svolgere la loro attività secondo quanto stabilito anche al -

- livello giuridico. Pertanto, assumono un ruolo fondamentale gli "strumenti di standardizzazione", il cui scopo è migliorare l'efficacia della gestione delle situazioni cliniche ed uniformare i comportamenti dei professionisti. Inoltre, contribuiscono al miglioramento della qualità dell'assistenza e ad assicurare interventi basati sulle evidenze scientifiche più recenti.

Secondo la legge Gelli-Bianco del 2017, gli esercenti delle professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie, si avvalgono, tenendo conto delle caratteristiche del singolo caso, delle raccomandazioni previste dalle linee guida. In mancanza di tali raccomandazioni, si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Per buone pratiche clinico-assistenziali "si intendono tutte le pratiche clinico-assistenziali generalmente ritenute efficaci, sicure ed appropriate dalla comunità scientifica internazionale perché basate su solide prove di efficacia o su un generale consenso sulle pratiche consolidate negli anni" (Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità).

L'infermiere di emergenza-urgenza spesso si trova ad operare in completa autonomia e in contesti ad alta complessità, dove la tempestività e la precisione sono fondamentali. Per questo motivo, linee guida, protocolli e procedure sono strumenti essenziali per migliorare la qualità dell'assistenza, poiché, standardizzando gli interventi, si riduce il margine d'errore, garantendo la sicurezza delle cure.

CONTRIBUTI O DESCRIZIONI

Le linee guida rappresentano uno strumento decisionale, in quanto hanno lo scopo di aiutare clinici e pazienti a scegliere la modalità assistenziale più appropriata in una determinata situazione clinica, a monte di una valutazione tra i benefici e gli effetti indesiderati, condividendo tale scelta con i pazienti o i caregivers. Insieme alle buone pratiche assistenziali, sono raccomandazioni di comportamento, a -

- differenza dei protocolli che invece non supportano le decisioni degli operatori, poiché si limitano a prescriverle, eliminando ogni forma di discrezionalità. Questi ultimi forniscono all'operatore uno schema di comportamento ben definito, ovvero una sequenza precisa di azioni che l'infermiere è tenuto a seguire per raggiungere un obiettivo specifico, attuando una prestazione efficace, efficiente ed omogenea. I protocolli vengono sviluppati basandosi sulle linee guida e adattati alle proprie realtà, tenendo conto delle risorse disponibili e dei modelli organizzativi in atto.

Soprattutto in contesti di emergenza/urgenza e nell'assistenza a pazienti complessi, i protocolli hanno contribuito all'implementazione di nuovi modelli organizzativi: il Fast Track e il See and Treat, il cui scopo è quello di contrastare il sovraffollamento nei Pronto Soccorsi consentendo di fornire una risposta assistenziale alle urgenze minori. Tali percorsi richiedono la presenza di protocolli validati dalla Direzione ospedaliera in cui sono specificati i criteri di inclusione ed esclusione e, nel caso dei fast track, i suddetti protocolli devono essere concordati tra i servizi coinvolti.

Nello specifico con il **fast track**, l'infermiere in autonomia, dopo aver valutato e accertato il bisogno di salute dell'utente, che presenta una patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, lo invia direttamente allo specialista. Il **See and Treat**, invece, consente all'infermiere di prendere in carico e trattare in completa autonomia quegli utenti che presentano segni e sintomi riconducibili generalmente a situazioni di non urgenza.

A sottolineare l'importanza dei suddetti strumenti è stata la L. 8 marzo 2017, n. 24 che implementa il diritto alla sicurezza delle cure attraverso la revisione della configurazione della colpa grave (derivante da condotte imperite). Essa prescrive ai professionisti il rispetto delle linee guida o, in loro assenza, delle buone pratiche, adeguate alla specifica situazione clinica-assistenziale; sostanzialmente disciplina le modalità con le quali gli esercenti le professioni sanitarie devono eseguire le loro prestazioni. Tale adempimento costituisce fattore esimente per il professionista in caso di illecito e -

- rappresenta un aspetto di fondamentale rilevanza nella responsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria.

Analizzando in letteratura alcuni studi, risulta importante sottolineare come l'autore Çetin (2022) e i suoi collaboratori si siano occupati di valutare come l'applicazione di un avanzato "protocollo di valutazione del triage" nell' ED (dipartimento emergenza), che prevedeva la registrazione sul modulo di studio da parte dell'infermiere di esami o di trattamenti che pensavano di attuare per il paziente, possa costituire una soluzione importante per facilitare la gestione del paziente e del tempo. I dati registrati sono stati confrontati dai ricercatori con i risultati del paziente e le richieste di esame/trattamento da parte del medico nel sistema di gestione delle informazioni ospedaliere. Dal confronto è emerso che le pratiche di "trriage avanzato", raccomandate per gli infermieri nell' ED impegnati, sono compatibili con i risultati effettivi delle pratiche dei medici a un livello accettabile, in particolare per le condizioni mediche selezionate. Questi risultati possono rafforzare la disponibilità degli infermieri per il passaggio a questa pratica.

Un altro studio ha dimostrato come l'introduzione di un protocollo per il dolore (PP) nell'impostazione di un'ED pediatrico ha migliorato il trattamento del sintomo in quanto vi è stato un aumento significativo di pazienti con dolore grave che ricevevano farmaci analgesici; inoltre, i genitori erano più soddisfatti se i loro figli ricevevano farmaci antidolorifici in modo più tempestivo. Questo risultato dovrebbe far prendere in considerazione l'introduzione dei PP nei ED pediatrici per migliorare la somministrazione appropriata e tempestiva di farmaci antidolorifici in triage. (Guiner)

Tali conclusioni sono state raggiunte anche dallo studio di Membrilla (2024), il quale studiando i pazienti che si presentano al pronto soccorso con mal di testa e che spesso incontrano un'atmosfera ostile con ritardi nella diagnosi e nel trattamento, ha progettato un protocollo per il pronto soccorso con l'obiettivo di ottimizzare la cura dei pazienti con mal di testa urgente per facilitare la diagnosi e accelerare il trattamento.

Il **protocollo "Code Headache"** è stato, invece, sviluppato considerando le caratteristiche e le risorse disponibili del pronto soccorso in un centro di assistenza terziaria all'interno del sistema sanitario pubblico nazionale spagnolo e si è dimostrato essere uno strumento necessario per facilitare una rapida valutazione clinica e migliorare la cura del paziente nel pronto soccorso.

L'articolo di *Verzelli* (2025), che valuta il potenziale impatto dell'attuazione del protocollo "See-and-Treat" sui pazienti idonei e sui relativi costi sanitari presso un ED italiano, ha concluso affermando che nonostante alcune limitazioni che incidono sull'implementazione del protocollo, in particolare la disponibilità di infermieri altamente specializzati e specificamente formati, lo studio ha fornito una base per una comprensione più completa dell'attuazione del protocollo See-and-Treat come possibile modello valido in vista di risorse sanitarie sia umane che economiche. Analogamente, valutando gli effetti dell'applicazione di un protocollo di prescrizione di raggi X da parte dell'infermiere in triage, si è ottenuta la significativa riduzione della durata della permanenza in un'ED. La qualità della gestione del paziente è rimasta invariata e le richieste dell'infermiere sono state rilevanti (*Gautier, 2022*).

Infine, vale la pena mettere in risalto lo studio di *Sharifi et al* (2020), essendo ormai dilagante e all'ordine del giorno l'esperienza di episodi di violenza tra gli infermieri di ED che ha valutato gli effetti di un programma educativo, una lista di controllo di valutazione del rischio e il protocollo preventivo sulla violenza verso gli infermieri del pronto soccorso. Da esso è emerso come attraverso questi strumenti ci sia stata la riduzione dell'esperienza di violenza e abuso verbale, che è la forma più comune di violenza per il personale in tale contesto e come l'utilizzo di questa lista di controllo e del protocollo preventivo quando i pazienti arrivano nei reparti di emergenza sia raccomandato.

CONCLUSIONI

La qualità e l'utilità di questi strumenti sono determinate principalmente dalla forza e dalla -

- chiarezza delle prove sottostanti. Detto questo, le linee guida sono il documento più importante per incorporare le prove scientifiche nelle raccomandazioni decisionali sanitarie.

L'uso di questi strumenti può anche portare a una riduzione della discrepanza nella pratica clinica e diminuire la tensione tra il costo dell'assistenza sanitaria e la qualità.

Le linee guida basate sull'evidenza sono considerate uno strumento essenziale per assistere i professionisti quando scelgono tra le opzioni di assistenza alternative e sono considerati standard di cura imparziali.

Il loro sviluppo è un processo complesso e richiede di considerare la qualità delle prove, l'equilibrio dei benefici e dei danni, i valori dei pazienti, le risorse disponibili, la fattibilità dell'intervento, l'accettabilità da parte delle parti interessate e l'effetto sull'equità della salute.

Bibliografia

Cristina M, Letizia S, Alfonso M, (2022). Il programma nazionale delle linee guida tra passato e presente, Bollettino epidemiologico nazionale, www.epicentro.iss.it

Decreto Ministeriale 14/09/1994 n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

Documento di inquadramento tecnico 02/2020 "Raccomandazioni, Linee Guida e Buone Pratiche: definizioni e percorsi di elaborazione".

Ernesto Guerra-Farfan , Yaiza Garcia-Sanchez , Montsans Jornet-Gibert , Jorge H Nuñez , Mariano Balaguer-Castro , Kim Madden. 2023. Clinical practice guidelines: The good, the bad, and the ugly. *Injury Volume 54, Supplement 3*, May 2023, Pages S26-S29

Guiner, Alessandra, Megan, Oke, Oluwaesun, Virginia B., Hennes, Halim. 2022. Pain Reduction Emergency Protocol. A Prospective Study Evaluating Impact of a Nurse-initiated Protocol on Pain Management and Parental Satisfaction. *Pediatric Emergency Care* **38(1)**: p. e157-e164. [January 2022](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab097).

[Julie Gautier, Matthieu Verdan, Emmanuelle Rochette, Céline Lambert, Nicolas Caron, Etienne Merlin](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab097). 2022. Triage nurse-initiated X-ray radiography in minor trauma. *Int J Qual Health Care*. Dec 27;34(4): mzac097. doi: 10.1093/intqhc/mzac097.

[Javier A Membrilla, Alicia Alpuente, Laura Gómez-Dabo, García-Yu Raúl, Eduardo Mariño, Javier Díaz-de-Terán, Patricia Pozo-Rosich](https://doi.org/10.1111/ene.16484) 2024. Code Headache: Development of a protocol for optimizing headache management in the emergency room. *Eur J Neurol*. Dec;31(12): e16484. doi: 10.1111/ene.16484. Epub 2024 Sep 17.

Institute of Medicine (IOM) Committee on Clinical Practice Guidelines, Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Marilyn J. Field, Kathleen N. Lohr editors 1992 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25121254/>

Legge 08/03/2017 n.24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Legge 26/02/1999 n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie"

FNOPI (2025). Codice deontologico delle professioni infermieristiche

Ministero della salute. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, www.salute.gov.it

Sandro Barbone, M. Rosario Castiello, Pasquale Alborino. Igiene e cultura medico-sanitaria. 2014. Organizzazione dei servizi socio-sanitari, Lucisano editore

[Songül Biskin Cetin, Oktay Fray, Sengül Erdal Akiner, Meral Gözkaya, Özlem Yigit](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101569) 2022. Results of an advanced nursing triage protocol in emergency departments. *Turk J Emerg Med*. Sep 30;22(4):200-205.

[Pietro Verzelli, Giorgia Adani, Alessandro Longo, Silvio Di Tella, Anna Laura Santunione, Marco Vinceti, Tommaso Filippini](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101569). 2025. Emergency department crowding: An assessment of the potential impact of the See-and-Treat protocol for patient flow management at an Italian hospital. *Int Emerg Nurs* . doi: 10.1016/j.ienj.2024.101569. Epub 2025 Jan 9.

[Salar Sharifi, Roonak Shahoei, Bijan Nouri, Roger Almqvist, Sina Valiee](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100813) 2020. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. *Int Emerg Nurs* . May;50:100813. doi: 10.1016/j.ienj.2019.100813. Epub 2020 Feb 13.

Ex Libris

In questa edizione abbiamo selezionato alcuni libri scritti da colleghi infermieri con lo scopo di fornire dei validi spunti di approfondimento per ognuno di noi. Questa rubrica potrà essere arricchita anche attraverso le vostre proposte da sottoporre al Comitato di redazione all'email redazione@opimacerata.it.



Dal libro di **Samanda Pettinari:**

"CUORE MENTE MANI. STORIE DI VITA CHE CURANO"

recensione a cura di *Lucia Giuliani*

"Cuore Mente Mani" è molto più di un diario personale o una cronaca della pandemia. È un racconto intimo, toccante e autentico che attraversa le pieghe più profonde dell'animo umano durante uno dei periodi più bui della nostra storia recente: l'emergenza COVID-19. Samanda Pettinari, infermiera e volontaria della Protezione Civile, offre al lettore una testimonianza preziosa, che intreccia esperienze professionali e umane, restituendo la complessità di un periodo che ha segnato un'intera generazione.

Una narrazione dal cuore pulsante

Il libro si apre con un inquadramento cronologico dell'emergere del virus, dalle prime notizie in Cina fino alla sua diffusione in Italia. Ma non è solo un resoconto temporale: la vera forza della narrazione risiede nel tono emotivo e personale con cui l'autrice racconta i primi mesi della pandemia. Con una scrittura sincera e intensa, Pettinari ci fa entrare nel cuore pulsante degli ospedali, delle case di riposo e delle ambulanze, **facendoci percepire l'angoscia, l'incertezza, ma anche il coraggio e la determinazione** di chi ha continuato a "servire" mentre il mondo si fermava.

Un inno al lavoro di cura

Ciò che colpisce profondamente è la dignità con cui l'autrice parla del suo lavoro e dei suoi -

- colleghi. Lontana da ogni retorica, descrive la vestizione per soccorrere un paziente come un rituale quasi sacro, in cui il corpo si trasforma in uno scudo e la mente in un rifugio. La frase "era la mia missione" non è una posa, ma un grido d'amore per una professione troppo spesso banalizzata.

Le emozioni di chi ha vissuto "da dentro"

Attraverso episodi quotidiani - il controllo dei carabinieri, le canzoni dai balconi, il silenzio delle città - l'autrice dipinge un affresco emotivo che tutti noi, in un modo o nell'altro, abbiamo vissuto. Ma ciò che rende il libro speciale è la prospettiva di chi non poteva restare a casa, di chi ha visto la pandemia negli occhi dei malati, nei gesti di saluto mancati, nei volti segnati dalle mascherine.



CONCLUSIONI

"Cuore Mente Mani" è un documento umano prima che letterario.

Non è solo un libro per chi lavora nella sanità, ma per tutti noi che vogliamo ricordare, riflettere, comprendere cosa è accaduto e cosa ci ha lasciato.

Un libro che scuote, conforta e fa pensare.

Un tributo silenzioso ma potentissimo a tutti coloro che, durante la pandemia, hanno continuato a essere presenza, cura, sostegno.

"Cuore per sentire l'altro e agire con umanità, mente per attingere alla conoscenza, mani per dare forma alla cura."

Un libro che fa bene leggere, per non dimenticare.

La forza delle parole semplici

Le lettere ai colleghi, ai nonni, ai pazienti e persino a se stessa non sono costruzioni letterarie, ma testimonianze genuine, cariche di umanità. In esse si sente la fatica, la rabbia, il senso di impotenza, ma anche una straordinaria voglia di resistere e un inesauribile amore per la vita. È qui che il titolo del libro trova il suo significato più profondo: cuore per sentire, mente per capire, mani per agire.



SCUOLA E BENESSERE PSICOLOGICO: IL RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Autori: **Confaloni Alessandro** [A], **Grillo Claudio** [B],
Bacaloni Simona [B], **Carpano Sabrina** [B], **Serafini Alice** [C],
Michelini Martina [C], **Caglini Giovanna** [E], **Fiorentini Rita** [D]

[A] Infermiere neolaureato

[B] Tutor Didattico e Docente del Corso di Laurea in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

[C] Tutor Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

[D] Direttore ADP e Docente del Corso di Laurea in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

[E] Amministrativa del Corso di Laurea in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

Per corrispondenza: c.grillo@staff.univpm.it

SOMMARIO BREVE

L'infermiere scolastico può aiutare a prevenire il suicidio tra adolescenti offrendo supporto, ascolto e interventi educativi mirati.

SOMMARIO ESTESO

PREMESSA

L'aumento dei disturbi mentali tra adolescenti, aggravato dalla pandemia da COVID-19, ha intensificato il rischio suicidario nella fascia giovanile. Fattori come bullismo, pressioni scolastiche, uso di sostanze e fragilità emotiva incidono sull'insorgenza dei fenomeni suicidari. La scuola, ambiente centrale nella vita dei giovani, può giocare un ruolo chiave nella prevenzione, in particolare attraverso l'introduzione della figura dell'infermiere scolastico.

MATERIALI & METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura utilizzando il modello PICO per strutturare la ricerca bibliografica, focalizzandosi su adolescenti in ambiente scolastico e sull'impatto della presenza dell'infermiere scolastico. Sono state consultate le banche dati PubMed ed EBSCOhost, includendo -

- articoli in italiano e inglese pubblicati dal 2015 al 2025, con focus sulla prevenzione del suicidio in ambito scolastico.

RISULTATI

Gli studi selezionati mostrano che l'infermiere scolastico contribuisce significativamente alla riduzione del rischio suicidario, identificando precocemente i soggetti vulnerabili e favorendo un ambiente scolastico sicuro. Tramite attività educative, screening e consulenze, il professionista rafforza la rete di supporto e migliora la comunicazione tra scuola, famiglia e servizi sanitari.

CONCLUSIONI

L'infermiere scolastico si rivela una figura strategica nella prevenzione del suicidio adolescenziale. Sebbene l'efficacia del suo intervento sia supportata dalla letteratura, in Italia tale figura non è ancora stata istituzionalizzata. L'incidenza di eventi fatali nei giovani evidenzia un'urgenza nel colmare tale vuoto attraverso politiche strutturate, investimenti adeguati e formazione specifica, affinché la salute mentale dei giovani diventi una priorità concreta.

Parole chiave: *Infermiere Scolastico; Prevenzione del suicidio; Adolescenti; Salute mentale; Educazione sanitaria; Benessere psicologico.*

PREMESSA

Il mondo sta attualmente affrontando una complessa sfida di salute pubblica: l'alta prevalenza di problemi di salute mentale nella popolazione generale, in particolare tra adolescenti e giovani, accompagnata da una scarsa consapevolezza e conoscenza su questa tematica. **I problemi di salute mentale rappresentano il 12% delle malattie a livello globale e, nei Paesi sviluppati, la percentuale raggiunge il 23%.** A livello mondiale, circa il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali, con la maggior parte dei casi che insorge durante l'adolescenza e la prima età adulta (*Nobre et al.*). Dopo anni stressanti di pandemia di COVID-19 – tra didattica a distanza, in presenza e mista, molti temono che l'aumento osservato dei problemi di salute mentale tra i giovani, unito alle difficoltà di un sistema sanitario mentale già sotto pressione, si tradurrà in un incremento -

- dei decessi per suicidio in questa fascia di età (*Ayer et al.*).

Il comportamento suicidario è definito come l'atto di porre fine intenzionalmente alla propria vita. Comprende l'ideazione suicida, la pianificazione e il tentativo di suicidio (*Clua-García et al.*). Secondo i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) di Atlanta, queste definizioni sono tra le più accettate per descrivere il comportamento suicidario:

- **Suicidio:** morte causata da un comportamento autolesionista dannoso auto-inflitto, con l'intenzione di togliersi la vita.
- **Tentativo di suicidio:** comportamento auto-inflitto, non mortale, potenzialmente dannoso, con l'intenzione di togliersi la vita. Può anche non causare danni fisici.
- **Ideazione suicidaria:** pensare, considerare o pianificare il suicidio (*Serrano e Dolci*).

Diversi autori la considerano uno dei più importanti predittori di suicidio, anche se questa associazione non è ancora stata stabilita con certezza a causa di risultati contrastanti emersi da studi precedenti (Hubers et al.).

L'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio sono entrambi riconosciuti come potenti precursori della morte per suicidio (Chu et al.).

I fattori che contribuiscono alla suicidalità nei bambini e negli adolescenti sono complessi. In una recente revisione sistematica di 44 studi, fattori psicologici (ad esempio, depressione, uso di droghe), condizioni ambientali stressanti (ad esempio, conflitti tra pari, situazioni familiari) e tratti della personalità (ad esempio, l'impulsività) sono stati identificati come i tre principali fattori contribuenti.

Il supporto genitoriale, la coesione familiare e una disciplina coerente da parte dei genitori sono stati identificati come fattori protettivi per il comportamento suicidario negli adolescenti (Cavelti e Kaess). Spesso, non è facile stabilire un rapporto di causalità diretta dei fattori di rischio rispetto a quei pensieri e comportamenti, ma, al contrario, i fattori protettivi sono associati a una riduzione di pensieri e comportamenti suicidari (Ayer et al.).

L'accettazione a scuola e a casa è correlata all'autostima dei giovani, ai sentimenti di appartenenza e ai risultati accademici. Gran parte della letteratura empirica e teorica sottolinea l'importanza dell'appartenenza, della connessione sociale, dell'identità culturale e dell'autostima come fattori protettivi per la salute mentale – elemento chiave per il benessere psicologico e la riduzione del rischio di comportamenti suicidari (Ayer et al.). Tra i giovani vittime di cyberbullismo, quelli più legati alla scuola avevano meno probabilità di segnalare comportamenti suicidari. Sentirsi legati a un adulto e alla scuola ha ridotto l'associazione tra cyberbullismo e bullismo scolastico e comportamenti suicidari (Kim et al.).

Le scuole sono sempre più riconosciute come contesti cruciali per il supporto alla salute mentale dei giovani e per le attività di prevenzione del suicidio. Nello specifico, il 35% degli adolescenti (di età compresa tra 12 e 17 -

- anni) ha ricevuto cure per la salute mentale esclusivamente in un contesto scolastico (Ayer et al.). **L'assistenza sanitaria a scuola rappresenta, quindi, un'importante risorsa per raggiungere le popolazioni vulnerabili,** in particolare i giovani, dimostrandosi efficace nel migliorare gli esiti di salute (Muniz et al.).

CAUSE E PREVENZIONE DEL SUICIDIO	
Categorie	Sottocategorie
Cause del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Aspettative dei genitori riguardo al successo scolastico dei figli • Fenomeno del bullismo • Difficoltà familiari • Relazioni amorose adolescenziali • Scarse capacità di gestione dello stress • Comportamenti di imitazione sui social media • Abuso di sostanze
Prevenzione del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto dei coetanei • Supporto dei genitori • Supporto della scuola • Supporto dei professionisti sanitari e delle figure di riferimento • Riconoscere il proprio valore e credere in sé stessi (consapevolezza e autostima)
Esigenze formative per la prevenzione del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di piattaforme di apprendimento online per la prevenzione del suicidio • Progetti di promozione della salute mentale e di prevenzione nelle scuole

Tabella 1: (Chaniang S., et al., 2022).

L'infermiere scolastico nella prevenzione del suicidio

In diverse nazioni del mondo, la figura dell'infermiere scolastico è stabilmente riconosciuta e professionalmente consolidata, con programmi preparatori mirati. Gli infermieri scolastici svolgono un ruolo chiave nella promozione della salute e del benessere degli studenti di tutte le età all'interno dell'ambiente scolastico. Per fare ciò, forniscono assistenza diretta, ma lavorano anche a fianco di altre figure nel contesto scolastico, come insegnanti, personale scolastico e genitori (Calzolari et al.). L'assistenza infermieristica scolastica è, quindi, una pratica specializzata che risponde ai bisogni sociali, fisici ed emotivi degli studenti, fornendo un supporto completo che contribuisce al loro successo accademico, alla loro salute e al benessere nel corso della vita (Muniz et al.).

Il supporto dei professionisti sanitari, insieme a quello delle persone significative nella vita degli studenti, rappresenta un elemento cruciale nella prevenzione del suicidio (Chaniang et al.).

Gli infermieri scolastici sono particolarmente indicati per partecipare alla prevenzione, all'identificazione e al trattamento dei problemi di salute mentale; sono, in questo contesto, in una posizione strategica. Dato che sono spesso i primi operatori sanitari a entrare in contatto con bambini e adolescenti a rischio e sono considerati i professionisti di riferimento per l'accesso ai servizi di salute mentale. Attualmente, negli Stati Uniti, esistono diversi programmi di prevenzione nelle scuole, molti relativi al suicidio, finalizzati a educare studenti e personale scolastico sui fattori di rischio e sui segnali di allerta, a eseguire screening per identificare soggetti a rischio di suicidio e a rispondere ai comportamenti suicidari. Gli obiettivi di questi programmi includono l'aumento della consapevolezza e della promozione della ricerca di aiuto, il miglioramento degli atteggiamenti degli studenti e di conseguenza la riduzione delle ideazioni suicide, dei tentativi e dei suicidi stessi (Pestaner et al.). Gli stessi studenti hanno affermato che -

- l'implementazione di progetti per la promozione della salute mentale nelle scuole, fornendo loro conoscenze sulla prevenzione del suicidio, insegnandogli come gestire lo stress o a risolvere un problema e rispondere al bullismo, può contribuire ad aiutarli nel ridurre il rischio di comportamenti suicidari (Chaniang et al.).

L'obiettivo è individuare precocemente e supportare gli studenti che manifestano pensieri suicidi, riducendo così il rischio di esiti fatali. È importante sottolineare che quasi il 90% delle persone che si sono tolte la vita aveva avuto contatti con operatori sanitari nei tre mesi precedenti, e che il 22% di coloro che avevano espresso intenti suicidi lo aveva fatto nelle quattro settimane precedenti la morte (Hubers et al.).

OBIETTIVO

L'elaborato esplora il **ruolo dell'infermiere scolastico nella prevenzione del suicidio adolescenziale**, analizzando competenze, strategie educative e modalità di intervento emerse dalla letteratura scientifica.

MATERIALI & METODI

Per strutturare la ricerca delle evidenze è stata utilizzata la metodologia PICO, che permette di formulare un quesito clinico chiaro e mirato.

P	<i>Population - Popolazione</i>	Adolescenti in ambiente scolastico
I	<i>Intervention - Intervento</i>	Presenza dell'infermiere scolastico
C	<i>Comparison - Confronto</i>	N/A
O	<i>Outcome - Esito</i>	Riduzione dei gesti lesivi, del rischio suicidario e miglioramento della salute mentale

Da questa struttura deriva il seguente quesito di ricerca:

Qual è l'efficacia della presenza dell'infermiere scolastico nel ridurre i gesti lesivi, il rischio suicidario e nel migliorare la salute mentale tra gli adolescenti in ambiente scolastico?

La ricerca è stata condotta consultando le seguenti banche dati:

- PubMed
- EBSCOhost

Per garantire un approccio metodologico rigoroso, sono state utilizzate parole chiave e stringhe di ricerca combinate tramite l'operatore booleano "AND", al fine di ottimizzare la ricerca e identificare studi pertinenti.

Parole chiave utilizzate: Suicide; School Suicide; Mental Health; Suicide Prevention; School Nursing; Werther Effect; Student; Adolescent; Mental Health Prevention.

Le stringhe di ricerca utilizzate: School (AND) Suicide; Italy (AND) School Nursing; Suicide Prevention (AND) School Nursing; School (AND) Nurse; Werther Effect (AND) Adolescent.

Gli studi inclusi nella revisione sono stati selezionati in base ai seguenti criteri:

Criteri di inclusione:

- Studi pubblicati negli ultimi 10 anni (2015–2025)
- Articoli in lingua inglese o italiana
- Revisioni della letteratura, revisioni sistematiche, studi qualitativi, meta-analisi o editoriali su interventi infermieristici scolastici per la prevenzione del suicidio
- Target di popolazione: adolescenti in ambito scolastico
- Articoli con testo completo ad accesso gratuito
- Criteri di esclusione:
- Articoli di opinione, case report
- Studi condotti esclusivamente su popolazioni adulte

Criteri di esclusione:

- Articoli di opinione, case report
- Studi condotti esclusivamente su popolazioni adulte

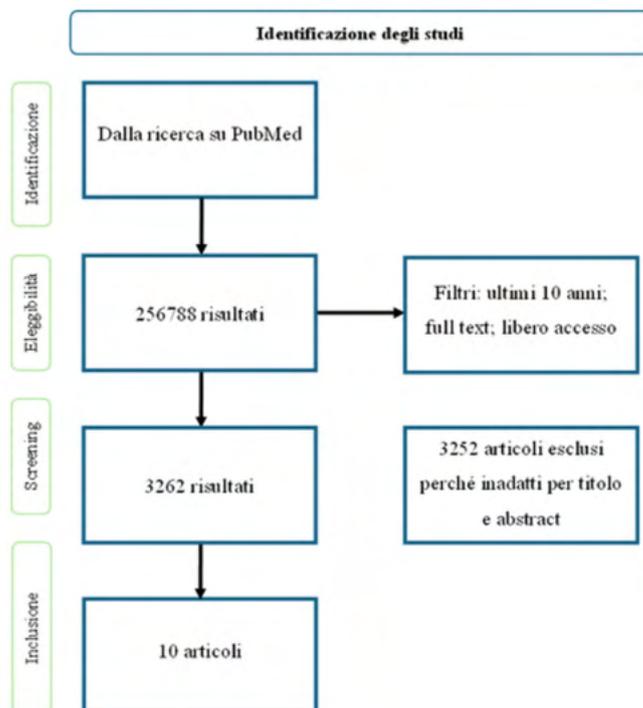


Diagramma 1

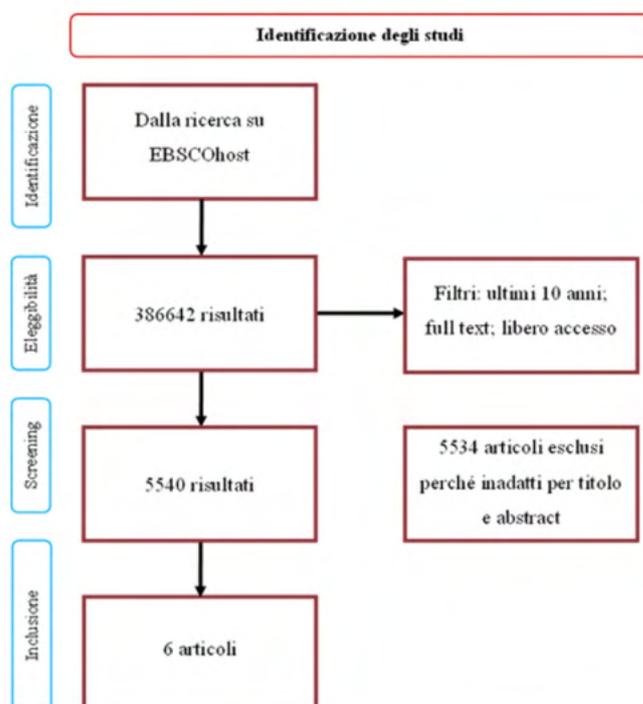


Diagramma 2

RISULTATI

Gli studi selezionati mostrano che un intervento precoce e una gestione integrata del benessere psicologico in ambito scolastico rappresentano strategie efficaci per ridurre il rischio di comportamenti suicidari (Chaniang et al.). -

L'infermiere scolastico può contribuire in modo significativo alla prevenzione del suicidio attraverso la tempestiva individuazione dei fattori di rischio, la creazione di un ambiente scolastico sicuro e il supporto diretto agli studenti (*Kim et al.*). In questo contesto, la scuola può agire da fattore protettivo, sottolineando **la necessità di un professionista sanitario in grado di intercettare i segnali di disagio e intervenire tempestivamente**. Attraverso attività di monitoraggio, consulenza e orientamento, l'infermiere scolastico facilita l'accesso alle risorse di supporto e rafforza la rete di protezione attorno agli studenti più vulnerabili (*Cavelti e Kaess*).

La pratica può includere la valutazione di studenti a rischio. In alcuni articoli, gli infermieri scolastici hanno condotto screening, identificando precocemente gli studenti a rischio di suicidio per trattamento e rivalutazione; hanno inoltre fornito supporto di follow-up agli studenti con un problema accertato, emerso durante lo screening. Tali interventi hanno prodotto una diminuzione dei fattori di rischio di suicidio e un aumento dei fattori protettivi negli studenti, con conseguente riduzione dei tassi di suicidio. Il suo intervento non si limita alla gestione delle emergenze, ma comprende anche la promozione del benessere psicologico, la formazione degli insegnanti e il sostegno alle famiglie per affrontare situazioni di difficoltà (*Pestaner et al.*).

La sua presenza migliora e struttura la comunicazione tra scuola, famiglia e servizi sanitari, garantendo un approccio più integrato nella gestione della salute degli adolescenti e contribuendo a un ambiente scolastico più inclusivo e attento alle esigenze psicologiche. In questo contesto, è fondamentale considerare il legame tra ideazione suicidaria e suicidio. I dati evidenziano un'associazione diretta tra questi due fenomeni, con un rischio relativo di suicidio più alto nelle popolazioni non psichiatriche, mentre il rischio assoluto è maggiore nei pazienti psichiatrici. L'ideazione suicidaria rappresenta, quindi, un segnale di allarme cruciale che richiede attenzione e interventi mirati (*Hubers et al.*).

L'infermiere scolastico, attraverso un monitoraggio costante e strategie di supporto -

- personalizzate, può giocare un ruolo determinante nell'individuare precocemente gli studenti a rischio e nell'attivare tempestivamente le risorse necessarie per proteggerli. Malgrado i benefici documentati, l'Italia non ha ancora istituzionalizzato la figura dell'infermiere scolastico, creando una carenza assistenziale significativa nella gestione della salute mentale scolastica. Attualmente, l'assistenza agli studenti è demandata a insegnanti, genitori o servizi sanitari esterni, creando un sistema frammentato e poco coordinato. L'assenza di un punto di riferimento interno alla scuola compromette la gestione della salute mentale, aumentando il rischio di suicidio e di altre azioni lesive (*Calzolari et al.*).

Negli Stati in cui la figura dell'infermiere scolastico è consolidata, il rapporto infermiere-studente è spesso inadeguato, con un solo professionista responsabile di più scuole e centinaia di studenti. Gli infermieri, quindi, devono spesso gestire carichi di lavoro elevati, riducendo il tempo per interventi individualizzati sugli studenti a rischio (*Forte et al.*). Questo compromette l'efficacia degli interventi preventivi e ostacola la costruzione di relazioni di fiducia con gli studenti. In aggiunta, la mancanza di formazione specifica e le risorse limitate ne riducono ulteriormente l'impatto. Benché ci siano queste difficoltà, la scuola rappresenta un ambiente ideale per implementare programmi di prevenzione che coinvolgano l'infermiere scolastico nel miglioramento del clima scolastico e delle relazioni tra pari (*Pestaner et al.*). Attraverso interventi mirati, è possibile favorire un ambiente sicuro e il benessere psicologico degli studenti, contribuendo così alla riduzione del rischio suicidario (*Calzolari et al.*).

L'istituzione di un servizio strutturato di infermieristica scolastica potrebbe colmare questa lacuna, migliorando l'accesso alle cure e garantendo un supporto sanitario costante a tutto tondo agli studenti. Inoltre, la letteratura raccolta evidenzia che la **collaborazione tra infermieri scolastici, insegnanti, psicologi e genitori** si rivela essenziale per un approccio globale e integrato alla salute mentale degli studenti (*Pestaner et al.*).

CONCLUSIONI

L'infermiere scolastico è una figura chiave nella promozione della salute mentale e nella prevenzione del suicidio tra gli adolescenti. Il suo ruolo va ben oltre la gestione delle emergenze, abbracciando l'educazione alla salute, il supporto psicologico e l'identificazione precoce dei fattori di rischio (Calzolari *et al.*).

L'introduzione di questa figura in Italia potrebbe rappresentare un cambiamento importante e di impatto. La sua presenza nel contesto scolastico garantirebbe agli studenti un punto di riferimento sanitario facilmente accessibile, dove la collaborazione tra scuola, famiglia e sistema sanitario è rafforzata e gli interventi preventivi sono più efficaci e incisivi (Muniz *et al.*). Infatti, gli studi dimostrano che il coinvolgimento degli infermieri scolastici in programmi educativi e di prevenzione contribuisce a creare un ambiente scolastico più sicuro e inclusivo (Pestaner *et al.*).

Ciononostante, non possiamo ignorare gli ostacoli che ancora persistono: la carenza di risorse, la mancanza di protocolli standardizzati e la difficoltà di integrazione con il sistema scolastico. È fondamentale che la ricerca futura si concentri sulla valutazione dell'efficacia dell'infermieristica scolastica nel contesto italiano, sviluppando modelli organizzativi adeguati. **Affinché l'infermieristica scolastica possa diventare una realtà consolidata è necessario un impegno istituzionale volto a sviluppare linee guida operative, garantire finanziamenti adeguati e promuovere una formazione specifica per gli infermieri coinvolti.**

I numerosi casi di cronaca attuali evidenziano la necessità di un ulteriore supporto scolastico per la gestione della salute mentale. Ed è qui che l'infermiere scolastico potrà avere un impatto concreto su tale fenomeno. Solo attraverso un'azione coordinata, e investimenti mirati si potrà valorizzare il ruolo degli infermieri scolastici e rendere la salute, soprattutto mentale, degli studenti, una priorità concreta.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- Ayer L, Stevens C, Reider E *et al.* Preventing youth suicide: potential "crossover effects" of existing school-based programs. *Prev Sci.* 2023; 24(2):382-392.
- Calzolari M, Napolitano F, Zanini M *et al.* The Need for a School Nursing Service in Italy: Time to act. *J Sch Nurs.* 2024;40(1):3-4.
- Cavelti M, Kaess M. Adolescent suicide: an individual disaster, but a systemic failure. *Eur Child Adoles Psychiatry.* 2021; 30(7):987-990.
- Chaniang S, Klongdee K, e Jompaeng Y *et al.* Suicide prevention: A qualitative study with Thai secondary school students. *Belitung Nurs J.* 2022; 8(1):60-66.
- Chu C, Buchman-Schmitt, Stanley I *et al.* The Interpersonal Theory of Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Decade of Cross-National Research. *Psychol Bull.* 2017;143(12):1313-1345.
- Clua-García R, Casanova-Garrigós G, Moreno-Poyato A R. Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *J Adv Nurse.* 2021; 77(7):2995-3007.
- Forte A, Sarli G, Polidori L *et al.* The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. *Medicina (Kaunas).* 2021; 57(2):109.
- Hubers A A M, Moaddine S, Peersmann S H M. *et al.* Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol and Psychiatr Sci.* 2018; 27(2):186-198.
- Kim J, Walsh E, Pike K. *et al.* Cyberbullying and victimization and youth suicide risk: the buffering effects of school connectedness. *J Sch Nurs.* 2020; 36(4):251-257.
- Muniz E A, Queiroz M V O, Pinheiro P N D C *et al.* School nursing guide for student health promotion: construction and validity. *Rev Bras Enferm.* 2022; 16;76(1):e20220260.
- Nobre J, Oliveira A P, Monteiro F *et al.* Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(18):9500.
- Pestaner M C, Tyndall D E, Powell S B The role of the school nurse in suicide interventions: an integrative review. *J Sch Nurs.* 2021; 37(1):41-50.
- Serrano C C, Dolci G F Suicide prevention and suicidal behavior. *Gace Med Mex.* 2021; 157(5):547-552.
- Ayer L, Stevens C, Reider E *et al.* Preventing youth suicide: potential "crossover effects" of existing school-based programs. *Prev Sci.* 2023; 24(2):382-392.
- Calzolari M, Napolitano F, Zanini M *et al.* The Need for a School Nursing Service in Italy: Time to act. *J Sch Nurs.* 2024;40(1):3-4.
- Cavelti M, Kaess M. Adolescent suicide: an individual disaster, but a systemic failure. *Eur Child Adoles Psychiatry.* 2021; 30(7):987-990.
- Chaniang S, Klongdee K, e Jompaeng Y *et al.* Suicide prevention: A qualitative study with Thai secondary school students. *Belitung Nurs J.* 2022; 8(1):60-66.
- Chu C, Buchman-Schmitt, Stanley I *et al.* The Interpersonal Theory of Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Decade of Cross-National Research. *Psychol Bull.* 2017;143(12):1313-1345.
- Clua-García R, Casanova-Garrigós G, Moreno-Poyato A R. Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *J Adv Nurse.* 2021; 77(7):2995-3007.
- Forte A, Sarli G, Polidori L *et al.* The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. *Medicina (Kaunas).* 2021; 57(2):109.
- Hubers A A M, Moaddine S, Peersmann S H M. *et al.* Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol and Psychiatr Sci.* 2018; 27(2):186-198.
- Kim J, Walsh E, Pike K. *et al.* Cyberbullying and victimization and youth suicide risk: the buffering effects of school connectedness. *J Sch Nurs.* 2020; 36(4):251-257.
- Muniz E A, Queiroz M V O, Pinheiro P N D C *et al.* School nursing guide for student health promotion: construction and validity. *Rev Bras Enferm.* 2022; 16;76(1):e20220260.
- Nobre J, Oliveira A P, Monteiro F *et al.* Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(18):9500.
- Pestaner M C, Tyndall D E, Powell S B The role of the school nurse in suicide interventions: an integrative review. *J Sch Nurs.* 2021; 37(1):41-50.
- Serrano C C, Dolci G F Suicide prevention and suicidal behavior. *Gace Med Mex.* 2021; 157(5):547-552.

IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

A cura di:

Dott.ssa Mancini Arianna

Funzione Organizzativa U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, AST Fermo

Per corrispondenza: ariannamancini1991@libero.it

SOMMARIO BREVE

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è uno strumento essenziale per il miglioramento della qualità dell'assistenza nei contesti sanitari e socio-sanitari.

SOMMARIO ESTESO

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è uno strumento fondamentale nel contesto sanitario e socio-sanitario, finalizzato a garantire un'assistenza personalizzata, centrata sui bisogni della persona. Il suo utilizzo è strategico per il miglioramento della qualità dell'assistenza per diverse ragioni. Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è uno strumento essenziale per il miglioramento della qualità dell'assistenza nei contesti sanitari e socio-sanitari. Attraverso un approccio centrato sulla persona e una valutazione multidimensionale, il PAI consente una presa in carico globale, personalizzata e condivisa. La collaborazione interdisciplinare, la definizione di obiettivi assistenziali individualizzati e il continuo monitoraggio rendono il PAI un mezzo efficace per garantire coerenza, efficienza e continuità dell'assistenza. Il coinvolgimento attivo dell'assistito e della sua rete familiare favorisce l'aderenza al percorso assistenziale e ne accresce la qualità percepita. In conclusione, il PAI rappresenta un pilastro fondamentale per un'assistenza più umana, integrata e sostenibile.

Parole chiave: *piano di assistenza individuale, qualità, assistenza*

PREMESSA

Il Piano di Assistenza è un documento che racchiude l'insieme degli interventi pianificati a favore di una persona in condizione di bisogno assistenziale, con l'obiettivo di garantire un'assistenza continuativa, coordinata e centrata sui bisogni specifici dell'utente. Ruolo chiave è svolto dal Case Manager, quale facilitatore dell'intero percorso di presa in carico. Questo strumento si basa sulla valutazione globale della persona e sull'interazione tra i vari attori del processo assistenziale, in un'ottica di integrazione sociosanitaria. Il Piano di Assistenza può riferirsi a interventi singoli o integrati, sia in ambito domiciliare sia in contesti residenziali o ospedalieri, ed è uno strumento cardine nel processo di personalizzazione e umanizzazione delle cure (*Ministero della Salute*). Il PAI pone la persona assistita al centro del percorso assistenziale, valorizzando non solo i suoi bisogni clinici, ma anche quelli psicologici, sociali e relazionali (*Saccardi e Giunco*). Questo approccio migliora l'efficacia dell'intervento, perché tiene conto della complessità dell'individuo.

DESCRIZIONI

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è uno strumento essenziale per il miglioramento della qualità dell'assistenza nei contesti sanitari e socio-sanitari. Figura cardine dell'intero processo è rappresentata dal Case Manager, un professionista sanitario o sociale che ha il compito di coordinare e gestire l'assistenza personalizzata per pazienti con bisogni complessi, assicurando continuità e integrazione tra i diversi servizi coinvolti (*Ministero della Salute, Campagna e Petrucci*). Il ruolo è svolto da professionisti infermieri che valutano i bisogni multidimensionali del paziente e progettano percorsi assistenziali condivisi. Il Case Manager ha il ruolo di facilitare la comunicazione tra tutti gli attori coinvolti quali l'equipe sanitaria, servizi sociali, famiglia e di monitorare l'andamento del PAI, aggiornandolo in base ai cambiamenti delle -

- condizioni cliniche e sociali del paziente (*Ministero della Salute*).

La centralità della persona assume un ruolo di vitale importanza al fine di erogare prestazioni e servizi di qualità. Affinché vi sia attuazione di tale metodologia, è necessario una valutazione multidimensionale, interdisciplinarietà, personalizzazione degli interventi, monitoraggio e rivalutazione ed il coinvolgimento dell'assistito e della famiglia. La costruzione del PAI si basa su una valutazione multidimensionale (VMD) che analizza condizioni cliniche e funzionali, capacità cognitive, stato psico-sociale, risorse e bisogni della rete familiare. Questo consente una presa in carico completa e integrata, migliorando la pertinenza degli interventi (*Regione Toscana*). Il PAI è redatto da un'equipe multiprofessionale (medici, infermieri, OSS, assistenti sociali, terapisti), che condivide obiettivi e strategie di intervento. Questo favorisce **maggiore coerenza e continuità assistenziale, riduzione della frammentazione delle cure, condivisione delle responsabilità** (*Tiziani*).

Ogni PAI definisce obiettivi assistenziali personalizzati, tempi e modalità di attuazione ed indicatori di monitoraggio e verifica: questo approccio migliora l'efficienza e la soddisfazione dell'utente, adattando il percorso ai cambiamenti nel tempo (*Agenas*). Il PAI non è statico, ma viene monitorato e aggiornato in base all'evoluzione del quadro clinico e sociale. Ciò consente di migliorare la flessibilità dell'assistenza, prevenire complicanze o ricoveri inutili e garantire un miglior uso delle risorse (*Ministero della Salute*). Il PAI favorisce il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari nella definizione degli obiettivi, questo potenzia l'aderenza ai trattamenti, l'empowerment del paziente e la comunicazione tra operatori e assistito (*Saccardi e Giunco*).

Il protocollo operativo del PAI si definisce in sette fasi:

1. **Segnalazione e avvio:** Identificazione del bisogno assistenziale da parte del team di cura o servizio sociale (*Ministero della Salute*).
2. **Valutazione multidimensionale:** Raccolta di dati clinici, funzionali, psicologici e sociali (*Regione Toscana*).

3. Convocazione dell'equipe

multidisciplinare: Discussione dei risultati della valutazione (*Tiziani*).

4. **Definizione del PAI:** Stesura condivisa degli obiettivi, interventi, tempi, operatori responsabili e indicatori (*Agenas*).

5. **Condivisione con l'utente e/o caregiver:** Presentazione del piano e acquisizione del consenso (*Saccardi e Giunco*).

6. **Attuazione:** Erogazione degli interventi secondo quanto pianificato (*Ministero della Salute*).

7. **Monitoraggio e aggiornamento:** Verifica periodica degli esiti e revisione del PAI se necessario (*Agenas*).

La procedura attuativa del PAI vi è:

- Il responsabile del procedimento: Coordinatore infermieristico o case manager (*Tiziani*).
- Gli strumenti utilizzati: Schede di valutazione (es. SVaMA, Barthel Index, MMSE), griglie multidisciplinari (*Regione Toscana*).
- Le tempistiche: Valutazione entro 7 giorni dalla presa in carico, revisione ogni 3-6 mesi o su segnalazione di variazione (*Ministero della Salute*).
- La documentazione: Il PAI deve essere inserito nel fascicolo sanitario elettronico e firmato dagli operatori coinvolti (*Agenas*).

La qualità dell'assistenza è un elemento imprescindibile per garantire efficacia, sicurezza e soddisfazione del paziente. In questo contesto, il Case Manager e il PAI operano non solo per rispondere ai bisogni individuali, ma anche per assicurare che l'intero percorso assistenziale rispetti standard di qualità riconosciuti (WHO).

La qualità si valuta attraverso specifici indicatori assistenziali, ovvero misure quantitative e qualitative che monitorano aspetti come:

- Efficacia degli interventi (es. miglioramento dello stato di salute);
- Sicurezza (es. riduzione degli eventi avversi);
- Continuità assistenziale (es. numero di reinserimenti ospedalieri);
- Soddisfazione del paziente e della famiglia;
- Accessibilità e tempestività degli interventi.

Questi indicatori consentono di valutare l'efficacia del PAI e l'operato del Case Manager, -

- orientando eventuali correttivi e miglioramenti del percorso assistenziale (*Campagna e Petrucci*). Nel sistema sanitario integrato italiano, gli indicatori assistenziali sono spesso definiti a livello regionale o nazionale e si basano su linee guida e accordi Stato Regioni specifici (*Legge 328/2000 e Accordo Stato-Regioni*).

La gestione della cronicità rappresenta una delle sfide principali per i sistemi sanitari moderni. Le malattie croniche, spesso caratterizzate da complessità assistenziale, necessitano di un approccio integrato e personalizzato che garantisca continuità e qualità nel tempo (*WHO*).

Il Case Manager gioca un ruolo chiave proprio nella presa in carico dei pazienti cronici, assicurando che il PAI tenga conto delle molteplici esigenze cliniche, sociali e psicologiche tipiche della cronicità (*Campagna e Petrucci*) (*Ministero della Salute*). L'obiettivo è prevenire complicanze, ridurre i ricoveri ospedalieri e migliorare la qualità della vita del paziente.

La cronicità richiede inoltre un'attenzione particolare agli indicatori assistenziali specifici, come il controllo della terapia farmacologica, l'aderenza ai protocolli clinici e la continuità dell'assistenza territoriale (*Noto e Capra*).

CONCLUSIONI

Il Piano di Assistenza Individuale rappresenta un pilastro della qualità assistenziale perché promuove una presa in carico globale e personalizzata, integra competenze diverse in un progetto comune e favorisce il miglioramento continuo grazie a monitoraggio e rivalutazione (*Agenas*).

La multidisciplinarietà e l'approccio integrato alla cura ed assistenza ne rappresenta una caratteristica fondamentale per prestazioni e assistenza di qualità. **Il suo corretto utilizzo contribuisce concretamente a rendere l'assistenza più efficace, efficiente, umana e sostenibile.**

BIBLIOGRAFIA

- Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2017 – Linee di indirizzo per l’assistenza domiciliare. Disponibile al sito www.statoregioni.it consultato in maggio 2025.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Il Piano Assistenziale Individualizzato. Roma: Agenas, 2021. Disponibile al sito www.agenas.gov.it/ consultato in maggio 2025.
- Campagna S, Petrucci C. Case Management in ambito infermieristico. Milano, 2012.
- Legge 328/2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Disponibile al sito www.gazzettaufficiale.it consultato in maggio 2025.
- Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sull’assistenza territoriale. Roma: Ministero della Salute, 2020. Disponibile al sito www.gazzettaufficiale.it consultato in maggio 2025.
- Ministero della Salute. Linee guida per l’attivazione del PAI nei servizi territoriali. Roma: Ministero della Salute, 2017. Disponibile al sito www.gazzettaufficiale.it consultato in maggio 2025.
- Noto G, Capra S. Il piano assistenziale individualizzato: strumenti operativi e strategie gestionali. Milano, 2020.
-
- Regione Toscana. Linee guida per la redazione del PAI. Firenze: Regione Toscana, 2018. Disponibile al sito www.regione.toscana.it/-/documentazione-e-linee-guida consultato in maggio 2025.
- Saccardi S, Giunco G. La presa in carico nel sistema socio-sanitario integrato. Milano, 2019.
- Tiziani A. Manuale dell’infermiere. Milano, 2022.
- WHO – World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Disponibile al sito www.who.int consultato in maggio 2025.



DOLL THERAPY: APPROCCIO INNOVATIVO NON FARMACOLOGICO PER PAZIENTI CON DEMENZA

Autori: **Dott. Renzi Matteo, Dott. Nasnini Marco**

Per corrispondenza: matteorenzi@pec.ipasvimacerata.it

SOMMARIO BREVE

Uso della Doll therapy come sostituzione alla terapia farmacologica per pazienti con demenza.

Parole chiave: *Doll therapy, demenza, terapia farmacologica*

SOMMARIO ESTESO

PREMESSA

Con il termine demenza si vuole intendere genericamente una disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali, con conseguente declino delle facoltà cognitive della persona. Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, demenza vascolare, demenza a corpi di Lewy, demenza frontotemporale, paralisi sopranucleare progressiva), inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. Dati Eurostat mostrano una prevalenza nella popolazione europea di poco meno del 2% di persone affette da demenza, l'Italia specialmente, anche per una maggiore età media si attesta con un 2,44%, pari a 1.460.570 persone totali (**Tabella 1**). Questo non è l'unico dato importante da -

- considerare, in tutti i paesi appartenenti all'Unione Europea si denota una maggiore prevalenza della popolazione femminile nelle persone affette da demenza, raggiungendo una media del doppio rispetto a quella degli uomini. Il progressivo invecchiamento della popolazione, sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, fa ritenere queste patologie un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica. I farmaci maggiormente utilizzati nel trattamento delle demenze (inibitori delle colinesterasi, neurolettici, antidepressivi, benzodiazepine, ecc.) hanno un valore terapeutico molto limitato, risulta evidente la necessità ad altri approcci terapeutici non farmacologici e agli aspetti assistenziali dei malati e dei loro familiari.

Country	Men	Women	Total	% of population
Austria	57 415	111 235	168 650	1.83
Belgium	64 940	146 034	210 974	1.79
Bulgaria	35 694	79 085	114 779	1.72
Croatia	22 032	52 961	74 994	1.88
Cyprus	5 600	10 099	15 699	1.26
Czech Republic	59 910	121 530	181 440	1.69
Denmark	38 368	68 166	106 534	1.81
Estonia	6 464	19 752	26 216	2.01
Finland	39 449	77 960	117 410	2.11
France	445 533	944 133	1 389 666	2.10
Germany	609 950	1 204 392	1 814 342	2.17
Greece	85 214	155 763	240 977	2.37
Hungary	45 666	117 511	163 177	1.72
Ireland	24 733	40 344	65 077	1.27
Italy	475 700	984 870	1 460 570	2.44
Latvia	8 675	29 727	38 402	2.14
Lithuania	13 629	45 375	59 005	2.28

Tabella 1: Prevalenza demenza in Europa

Viene quindi promosso l'utilizzo di strumenti alternativi a quelli farmacologici come forma di sedazione dello stato agitato, in questo studio analizzeremo la doll therapy, una terapia che prevede l'utilizzo di una bambola emotiva, solitamente di pezza o altri materiali non degenerativi, che può generare, nei pazienti affetti da demenza, sensazioni di benessere dovute alla manipolazione o all'accudimento della stessa, in quanto la considerano un essere vivente (Paolini Arianna).

MATERIALI & METODI

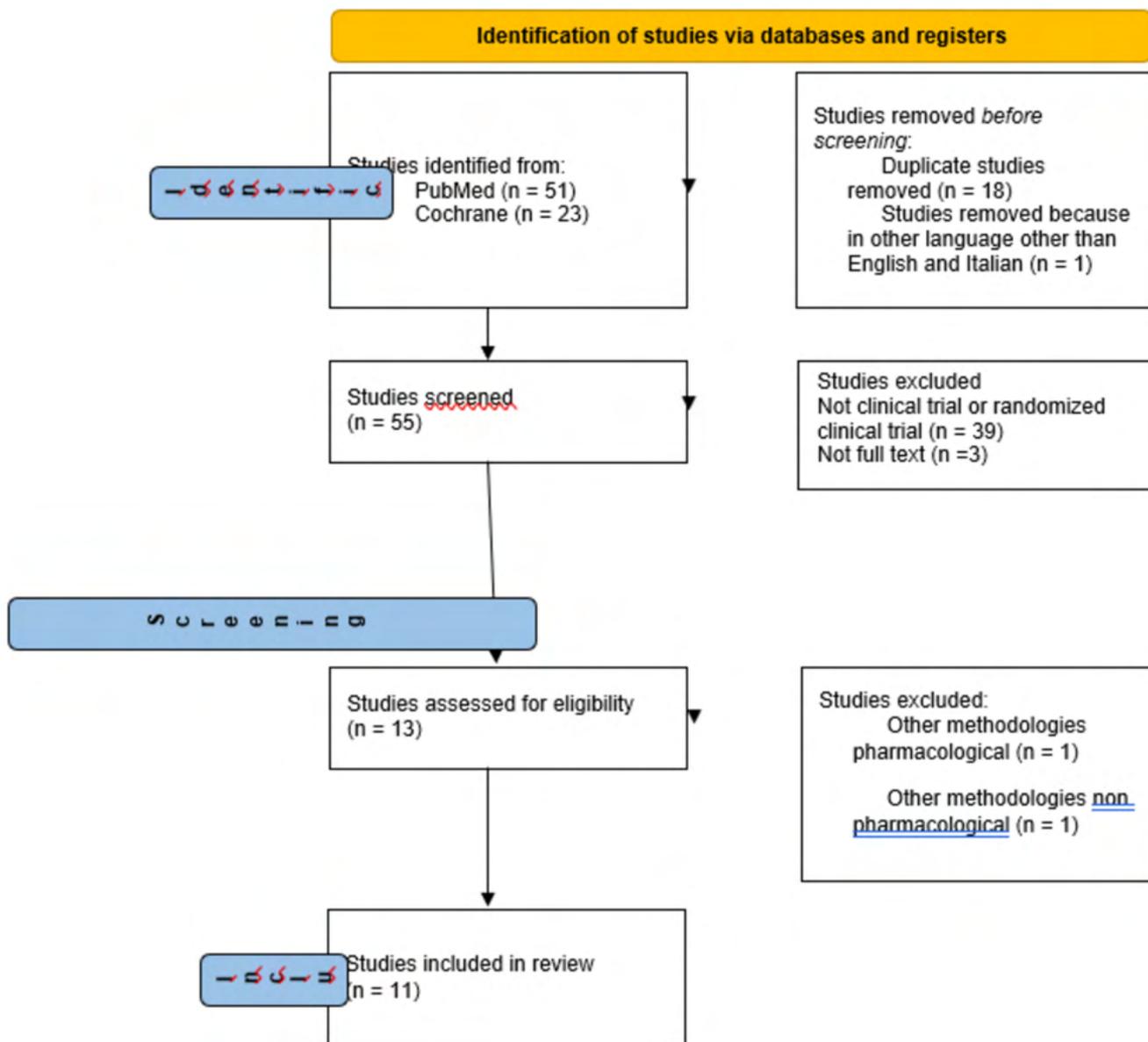
Revisione narrativa effettuata attraverso i database PubMed e Cochrane Library. Viene utilizzata la stringa Mesh dementia AND doll therapy, non vengono applicati filtri -

- riguardanti la data di pubblicazione.

I criteri di **inclusione** sono:

- Studi full text
- Studi trial clinici e trial clinici randomizzati.
- Studi in lingua inglese o italiana.
- I criteri di esclusione sono:
- Studi che mettono in comparazione altre metodologie non farmacologiche.
- Studi che mettono in comparazione altre metodologie farmacologiche.

Da una prima ricerca si ottengono 74 risultati (PubMed n=51, Cochrane n=23), vengono scartati gli studi doppione (n= 18) e studi in lingue diverse dall'inglese (n=1 spagnolo), vengono utilizzati trial clinici e trial clinici randomizzati (n=16), non vengono utilizzati studi che mettono in comparazione altre metodologie non farmacologiche (n=1), non vengono utilizzati studi che mettono in comparazione altre -



- metodologie farmacologiche (n=1), vengono scartati gli studi con full text inaccessibile (n=3). Gli studi presi in considerazione sono 11.

RISULTATI

Negli studi presi in considerazione vi è **la somministrazione, a cura del personale infermieristico o dei caregivers precedentemente formati, di una bambola emotiva a intervalli prestabiliti**, si usano come indicatori l'agitazione, il wandering (vagabondaggio), l'apatia e l'irritabilità del

- soggetto. Le scale di valutazione prevalentemente usate sono: the Mini Mental Status Examination (MMSE), The Observed Emotion Rating Scale (OERS), Neuropsychiatric Inventory Scale (NPI) e Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID).

I soggetti con demenza facente parti degli studi hanno diminuito i segni di sconforto psicologico (agitazione, wandering, apatia e irritabilità) e hanno avuto un miglioramento generale delle emozioni e dell'abilità di comunicazione durante e dopo la somministrazione della doll therapy (Santagata F et al) (Shin JH) (Yilmaz CK e Aşiret GD) (Vaccaro R et al) (Cantarella et al) -

(Moyle W e Murfield J) (Patrizia D'Amelio et al) (Cemile KÜtmeç Yilmaz) (Patrizia D'Amelio) (Rita Pezzati et al) (Lise Laclautre et al). La somministrazione della doll therapy si è rivelata efficace nel calmare i pazienti 28 volte su 32 episodi di agitazione rilevati dal personale (Santagata F et al). Si nota un abbassamento della richiesta di sedazione farmacologica con una media pari al 10- 20% (Santagata F et al) (Shin JH) (Yilmaz CK e Aşiret GD) (Vaccaro R et al) (Cantarella et al) (Moyle W e Murfield J) (Patrizia D'Amelio et al) (Cemile KÜtmeç Yilmaz) (Patrizia D'Amelio) (Rita Pezzati et al) (Lise Laclautre et al) e della necessità di contenimento dei pazienti con una media del 20% (Shin JH) (Yilmaz CK e Aşiret GD).

L'utilizzo della doll therapy non comporta miglioramenti nell'umore ulteriori da parte dei pazienti superata la 4 settimana di somministrazione (Shin JH) (Yilmaz CK e Aşiret GD). Negli studi presi in considerazione vi è stato uno sbilanciamento della percentuale di maschi e femmine coinvolti, questo dato potrebbe riflettere la percentuale precedentemente indicata dall'*Immagine 1* che mostra una prevalenza doppia della demenza nelle donne, vi è inoltre da considerare che vi è un ulteriore sbilanciamento dei pazienti di sesso maschile che non hanno accettato la somministrazione della bambola o hanno avuto atteggiamento di apatia o addirittura aggressività nei confronti della stessa (Santagata F et al) (Shin JH) (Yilmaz CK e Aşiret GD) (Cantarella et al) (Moyle W e Murfield J) (Patrizia D'Amelio et al) (Cemile KÜtmeç Yilmaz) (Patrizia D'Amelio) (Rita Pezzati et al) (Lise Laclautre et al). Solo uno studio ha preso in esame una popolazione di sole donne (Vaccaro R et al). La scarsa partecipazione della popolazione maschile all'utilizzo della doll therapy risulta evidente. -

CONCLUSIONI

La doll therapy potrebbe rivelarsi una terapia efficace per la sedazione non farmacologica dei pazienti affetti da demenza, si segnala un gradimento da parte dei caregivers coinvolti che promuovono l'utilizzo della doll therapy in quanto li fa sentire parte del processo di accudimento, dando loro un mezzo efficace e di facile utilizzo.

Per quanto riguarda la somministrazione effettuata dalla componente infermieristica si denota un simile apprezzamento, con **una percezione dei tempi di cura minori richiesti rispetto alla preparazione e alla somministrazione di farmaci o di contenzioni nei casi più gravi**. Non vi sono dati negli studi che confrontino il rapporto prezzo farmaci utilizzati/ spesa doll therapy, andrebbe considerato come ulteriore dato importante all'interno di nuovi studi.

Non ci sono dati favorevoli quando la doll therapy viene somministrata ad una popolazione di pazienti maschi, bisognerebbe quindi ricercare ulteriori sistemi alternativi, come la dance therapy, la music therapy ecc. Si segnalano inoltre una carenza di metodologie di somministrazione di doll therapy standardizzate, questo per evitare bias in futuri studi.

Cantarella et al. Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(7):915-925.

Cemile KÜTMEÇ YILMAZ. Doll Therapy on Patients With Moderate and Severe Dementia. *Aksaray University Training and Research Hospital*. 2021;34(5):370-377.

Lise Laclautre et al. Interest of the Reborn® Doll as a TO in the Care of Residents With Alzheimer's Disease or a Related Disorder. *University Hospital, Clermont-Ferrand*. 2024;35(4):441-4.

Moyle W, Murfield J et al. Can lifelike baby dolls reduce symptoms of anxiety, agitation, or aggression for people with dementia in long-term care? Findings from a pilot randomised controlled trial. *Aging Ment Health*. 2019;(10):1442-1450.

Paolini Arianna, Doll therapy: trattamento non farmacologico nelle demenze. *Univpm*. 2023;(1)1-44

Patrizia D'Amelio et al. Doll Therapy in Dementia. *Centre Hospitalier Universitaire Vaudois*. 2021;(1):545

Patrizia D'Amelio. Efficacy of Doll Therapy in the Dementia in Acute Geriatric Inpatients. *Centre Hospitalier Universitaire Vaudois*. 2024;(1)1-35

Rita Pezzati et al. Doll Therapy Efficacy for People With Dementia Living in Nursing Homes: a Randomized Single-blind Controlled Trial. *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*. 2017;21(1):133

Santagata F, Massaia M, D'Amelio P. The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychologic symptoms of dementia in nursing homes residents: a randomized, controlled study. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1)64

Shin JH. Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(1):13-8

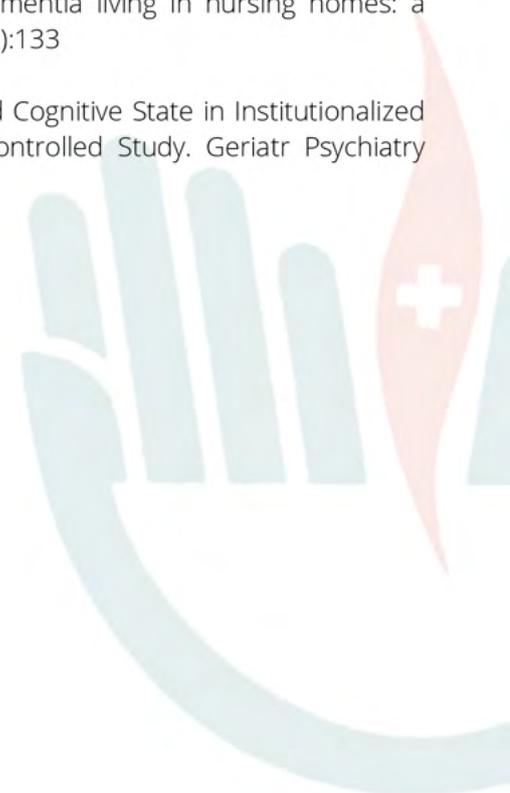
Vaccaro R et al. Doll therapy intervention for women with dementia living in nursing homes: a randomized single-blind controlled trial protocol. *Trials*. 2020;21(1):133

Yilmaz CK, Aşiret GD. The Effect of Doll Therapy on Agitation and Cognitive State in Institutionalized Patients With Moderate-to-Severe Dementia: A Randomized Controlled Study. *Geriatr Psychiatry Neurol*. 2021;34(5):370-377

<https://www.iss.it/>

<https://www.istat.it/>

<https://www.alzheimer-europe.org>



IL RUOLO STRATEGICO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

A cura di: **Andrea Crognalotti** [A]

Diamanti Alessia [B]

[A] Infermiere UOSD Cardiologia Interventistica, AST Macerata

[B] Infermiere Distretto Macerata, AST Macerata

Per corrispondenza: andrea.crognalotti@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Il coordinatore infermieristico svolge un ruolo strategico tra gestione, assistenza, leadership, mediazione, formazione e valorizzazione delle competenze professionali

SOMMARIO ESTESO

Nel contesto sanitario contemporaneo, profondamente segnato da cambiamenti organizzativi, tecnologici e culturali, il ruolo del coordinatore infermieristico si rivela sempre più strategico e determinante. Figura chiave per garantire la qualità dell'assistenza, l'efficienza dei servizi e la valorizzazione delle competenze professionali, il coordinatore rappresenta il punto di snodo tra la dimensione clinica e quella gestionale, tra l'equipe assistenziale e la direzione sanitaria. Il nuovo Codice Deontologico richiama con forza l'impegno degli infermieri, e in particolare dei coordinatori, nella promozione della salute, nella tutela della dignità della persona e nell'adozione di comportamenti ispirati a responsabilità, trasparenza e giustizia. Per il coordinatore infermieristico, ciò implica una riflessione profonda sul proprio ruolo, che non è più solo tecnico-gestionale, ma soprattutto etico-relazionale e formativo. In tale prospettiva, la leadership, la capacità di mediazione, la promozione del benessere organizzativo e l'attenzione alla crescita professionale dei colleghi diventano aspetti centrali di un agire coerente con i valori della professione.

PREMESSA

Nelle organizzazioni sanitarie contemporanee, il tema della gestione delle risorse umane ha assunto una rilevanza sempre più centrale e strategica. Le trasformazioni in atto richiedono un nuovo paradigma di valore per i dipendenti, basato non solo su elementi materiali come la retribuzione o la flessibilità, ma anche su fattori immateriali quali il significato del lavoro, lo scopo condiviso, l'identità professionale e l'appartenenza a comunità organizzative coese e orientate alla cura.

I luoghi di lavoro sono oggi ambienti dinamici, soggetti a rapidi cambiamenti e fortemente condizionati dallo sviluppo tecnologico, dalla globalizzazione e dalle esigenze emergenti della popolazione.

Questo scenario richiede alle organizzazioni sanitarie di promuovere un modello di leadership capace di governare la complessità e di valorizzare le risorse umane in un'ottica partecipativa e inclusiva. La figura del coordinatore infermieristico, in particolare, si colloca al centro di questa transizione: egli non è soltanto un gestore di risorse, ma un promotore del cambiamento, un facilitatore di processi e un garante della qualità assistenziale. Nel contesto sanitario attuale, il coordinatore infermieristico è chiamato a sviluppare una leadership strategica, flessibile, collaborativa e orientata alle relazioni. Si tratta di **un leader che deve ispirare fiducia, motivare il personale, favorire il lavoro di squadra e promuovere un clima organizzativo positivo**. La leadership infermieristica, infatti, non è un tratto esclusivo di pochi, ma un processo diffuso, che va coltivato in ogni operatore sanitario affinché possa rispondere ai bisogni della collettività con competenza, etica e responsabilità.

In questo senso, il coordinatore infermieristico è leader e manager al tempo stesso: guida l'équipe, rappresenta l'organizzazione, favorisce l'innovazione, monitora le performance, gestisce i conflitti, guida gli studenti infermieri, promuove la formazione continua e si fa portavoce della missione e dei valori dell'azienda. Inoltre, è anche un educatore verso i pazienti, nel promuovere corretti stili di vita, l'aderenza terapeutica e la partecipazione consapevole al percorso di cura.

DESCRIZIONI

Il coordinatore infermieristico ricopre un ruolo di grande rilevanza all'interno dell'organizzazione sanitaria. È responsabile non solo dell'organizzazione del lavoro infermieristico, ma anche della gestione delle risorse umane e materiali, della promozione della qualità e della sicurezza, della formazione -

del personale e degli studenti e della supervisione delle attività cliniche. Sebbene l'aspetto clinico-assistenziale possa essere meno praticato rispetto alla fase operativa della carriera, rimane una competenza fondamentale per garantire un'assistenza adeguata e per formare e guidare efficacemente il team.

Il coordinatore è chiamato a rispondere sia agli obiettivi operativi dell'unità organizzativa di riferimento, sia alle linee strategiche dell'azienda sanitaria. Gestisce il personale assegnato, garantisce la continuità assistenziale, promuove il miglioramento della qualità dei servizi, pianifica le attività quotidiane e monitora le performance dell'équipe. Deve inoltre saper cogliere le criticità, individuare soluzioni organizzative efficaci e adattare il servizio alle esigenze mutevoli del contesto.

Tra le sue responsabilità rientrano:

- La **pianificazione** e **l'organizzazione** del lavoro infermieristico.
- L'attribuzione dei **carichi di lavoro in modo equo ed efficiente**.
- La **supervisione** delle attività assistenziali.
- La promozione di un **clima lavorativo positivo e collaborativo**.
- La **gestione delle relazioni** interprofessionali e interpersonali.
- Il **supporto formativo al personale neoassunto** o in difficoltà.
- **L'identificazione dei fabbisogni formativi** dell'équipe.
- **Garanzia del percorso formativo dei tirocinanti**
- La **promozione della cultura della sicurezza e della qualità**.
- **La partecipazione a progetti di ricerca** e miglioramento continuo.

Le competenze richieste al coordinatore spaziano dalle abilità relazionali e comunicative, a quelle gestionali, decisionali, organizzative e motivazionali. Non si tratta solo di saper gestire le risorse, ma anche di saper ispirare, coinvolgere, mediare, valorizzare i talenti e favorire lo sviluppo professionale dei collaboratori.

Il coordinatore deve avere una visione sistemica dell'organizzazione e comprendere i tre cicli funzionali dell'ospedale:

1. Il ciclo della diagnosi e della cura
2. Il ciclo dell'assistenza, custodia e ospitalità
3. Il ciclo amministrativo

All'interno di questa rete complessa, il coordinatore infermieristico si pone come nodo cruciale di raccordo, favorendo il dialogo tra le diverse aree e garantendo coerenza tra l'attività assistenziale e le strategie aziendali.

Dal punto di vista giuridico, il coordinatore assume una responsabilità diretta su diversi livelli:

- **Disciplinare**, in caso di comportamenti non conformi del personale.
- **Civile**, per danni causati da un'organizzazione carente o inadeguata.
- **Penale**, qualora omesse azioni necessarie producano danno al paziente.

Inoltre, ai sensi del D.Lgs. 81/2008, il coordinatore è considerato "preposto alla sicurezza" e deve quindi garantire il rispetto delle norme in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro. Questo comporta ulteriori responsabilità: dalla gestione del rischio clinico, all'applicazione delle raccomandazioni ministeriali e regionali, alla sorveglianza sull'uso corretto dei presidi, dei farmaci e delle tecnologie sanitarie.

Le difficoltà che affronta quotidianamente sono molteplici: carenza di personale, aumento della burocrazia, ritardi negli approvvigionamenti, conflitti tra professionisti, necessità di aggiornamento continuo, rispetto del budget, gestione della complessità organizzativa. Per far fronte a queste sfide, è fondamentale possedere competenze di problem solving, leadership situazionale, gestione dello stress e capacità di innovazione. Il coordinatore ha sviluppato competenze nella mediazione, si occupa di gestire e risolvere conflitti tra infermieri e/o con altri membri del team medico, promuovendo un ambiente di lavoro collaborativo e rispettoso.

Un ambiente di lavoro positivo, collaborativo e sereno, permette a tutti di sentirsi al sicuro e valorizzati, e gli infermieri sentendosi più soddisfatti e motivati, possono concentrarsi di più sulla cura dei pazienti.

Nell'ambito del tirocinio, inoltre, il coordinatore infermieristico funge da ponte tra la formazione teorica e la pratica clinica, garantendo che lo studente apprenda in modo efficace e sicuro -

- nell'ambiente di lavoro. Egli si assicura che il tirocinante abbia tutte le informazioni necessarie, che segua le procedure corrette, che sia adeguatamente supportato, svolgendo un ruolo fondamentale nella formazione degli infermieri e garantendo che gli studenti acquisiscano competenze cliniche e professionali adeguate all'inserimento lavorativo. È il punto di riferimento per lo studente e per la sede didattica in merito al tirocinio, offrendo supporto e orientamento; collabora con la Guida di tirocinio per garantire supporto e facilitare l'apprendimento, e si interfaccia con la sede formativa universitaria e con il tutor della didattica professionale, curando gli accordi e le comunicazioni necessarie.

Il coordinatore continua dunque ad influenzare l'assistenza diretta, creando le condizioni organizzative necessarie affinché essa si realizzi nel miglior modo possibile. Pianifica, dirige, controlla, valuta, forma e motiva. In tal senso, la sua figura rappresenta un elemento chiave per l'efficienza dei servizi e il benessere degli utenti e del personale.

Le aziende sanitarie richiedono oggi figure gestionali capaci di attuare le decisioni strategiche dei vertici aziendali, garantendo un decentramento delle responsabilità che consenta una maggiore efficienza e flessibilità. In questo quadro, il coordinatore infermieristico si configura come un attore fondamentale del cambiamento, capace di mediare tra le esigenze operative e gli indirizzi politico-organizzativi, trasformando le indicazioni generali in azioni concrete.

Tuttavia, questa funzione si accompagna anche a rischi di sovraccarico e a una crescente complessità, specialmente nei contesti in cui si assiste a disallineamenti formativi o culturali. Talvolta il coordinatore, pur in possesso di una formazione di base, si trova a guidare infermieri con titoli accademici più avanzati, come la laurea magistrale, generando potenziali tensioni e difficoltà nella gestione dell'équipe. Il continuo aggiornamento e il rafforzamento del "sapere manageriale" diventano quindi fondamentali per consolidare il ruolo del coordinatore e garantirne la legittimità.

CONCLUSIONI

In conclusione, la figura del coordinatore infermieristico emerge come centrale nel panorama sanitario odierno. Il coordinatore è un professionista altamente qualificato, capace di coniugare competenze gestionali, cliniche, educative e relazionali. Il suo compito è quello di garantire un'organizzazione del lavoro efficace ed efficiente, favorire l'empowerment del personale, assicurare la qualità e la sicurezza dell'assistenza, rappresentare la vision aziendale e contribuire all'innovazione dei modelli organizzativi.

Le aziende sanitarie sono oggi strutture complesse, esposte a continui cambiamenti e pressioni. In tale contesto, il coordinatore infermieristico rappresenta un punto di riferimento imprescindibile per garantire continuità, coerenza e orientamento ai risultati. La sua capacità di leadership è un elemento chiave per lo sviluppo del capitale umano e per il raggiungimento degli obiettivi strategici.

Per sostenere e valorizzare questo ruolo, è essenziale che le organizzazioni investano nella formazione continua, nello sviluppo delle soft skills, nella promozione del benessere organizzativo e nella costruzione di percorsi di carriera chiari e gratificanti. I corsi di formazione, l'adozione dell'EBM e dell'EBN, la valorizzazione delle buone pratiche e la diffusione della cultura della sicurezza sono strumenti fondamentali per rafforzare la leadership infermieristica e migliorare la qualità dell'assistenza.

Noi professionisti possiamo osservare quotidianamente e da vicino il lavoro dei coordinatori infermieristici. Possiamo cogliere la complessità del loro ruolo, la responsabilità che portano, ma anche la passione e la dedizione che mettono nel guidare le loro équipe. **Essere coordinatori oggi significa essere pilastri di un sistema sanitario che vuole essere più efficiente, umano e orientato al futuro.** E per questo motivo, la loro formazione, valorizzazione e sostegno devono rappresentare una priorità strategica per tutto il sistema sanitario.

Bibliografia

Allameh SF et al., Twelve lessons on Hospital leadership during COVID-19 Pandemic, National Library of Medicine, 2020.

Balsanelli AP et al., The work environment and leadership in nursing: an integrative review, Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de Sao Paulo, 2014

Benci L, Aspetti giuridici della professione infermieristica, Milano, McGraw-Hill, 2008

Calamandrei C, Manuale di management per le professioni sanitarie, McGraw-Hill, Milano 2016.

Calamandrei C, Orlandi C, La Direzione Infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, Milano, McGraw-Hill, 2009.

Grazioli ME, Managerialismo, professionalismo e politica professionale, Comunità sperimentale di Riflessione Infermieristica, 2019.

Ivziku D, Fiorini J, Sili A, La leadership del coordinatore infermieristico, Esises Edizioni S.r.l., Napoli 2023.

Laschinger H et al., A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire, Journal of Nursing Care Quality

Sasso L, Lotti A, Gamberoni L, Il tutor per le professioni sanitarie, Roma, Carocci Faber, 2003

IL DEBRIEFING: RIELABORAZIONE DI UNA METODOLOGIA DIDATTICA NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Autore: **Alessia Diamanti**

Infermiere AST 3, ADI Distretto Macerata

Per corrispondenza: alessia.diamanti@sanita.marche.it

SOMMARIO BREVE

L'articolo 8 del Codice Deontologico afferma che l'infermiere si impegna attivamente nell'educazione e nella formazione degli studenti.

SOMMARIO ESTESO

Partendo proprio da questo principio è stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico con l'obiettivo di analizzare le esperienze riportate dagli studenti infermieri durante il loro tirocinio clinico attraverso un debriefing strutturato. Questo studio ha evidenziato come le relazioni con i colleghi infermieri e il loro sostegno sono centrali anche nella pratica clinica degli studenti di infermieristica, dove possono condividere le loro esperienze, ottenere supporto e non sentirsi soli (Hone et al.). L'educazione al lavoro di squadra e allo sviluppo delle relazioni influenza positivamente la percezione della sicurezza (Aloufi et al.) e può essere attuata attraverso strategie di peer tutoring e preceptorship che hanno un impatto positivo sul mantenimento dei nuovi studenti o sulle intenzioni di rimanere (Halter et al.). Per questo sono necessari sistemi e strumenti strutturati e appropriati per fornire un luogo, un tempo e un supporto per il debriefing per consentire agli studenti di esplorare in sicurezza le questioni della pratica clinica. Una strategia di debriefing ben eseguita per gli studenti infermieri attraverso l'utilizzo di uno strumento convalidato può non solo supportare lo sviluppo di studenti in crescita, ma anche la loro futura transizione sul posto di lavoro nello sviluppo di laureati in crescita (Dreifuerst).

Parole chiave: *Debriefing, nursing students, clinical experience, contract learning.*

PREMESSA

Nell'esperienza di tirocinio lo studente apprende non soltanto competenza e abilità pratica, ma anche capacità di giudizio e di comportamento, riflessione e pensiero critico. Ponendo l'attenzione sul ciclo dell'apprendimento clinico, White e Ewan configurano uno schema circolare dove il debriefing è una fase obbligata post pratica clinica. A seguito della conclusione di un tirocinio clinico infatti gli studenti sono chiamati ad interfacciarsi con i tutor didattici, per confrontarsi sulle aspettative, esprimere dubbi o preoccupazioni e a posteriori valutare le proprie performance ed il raggiungimento degli obiettivi formativi (Andersen). Emerge dunque come la riflessione sia un aspetto fondamentale nella formazione dello studente e come la resilienza,

- quesiti strutturati, ...) ed il loro appropriato utilizzo, si evidenzia come esso sia valido nell'intera esperienza formativa clinica (Fedeli), il mezzo con cui la guida facilita la riesaminazione (Fisher) della pratica clinica da parte dello studente, aiutandolo ad acuire il pensiero critico e minimizzando i gap dalla teoria alla pratica. A questo scopo è stata condotta un'indagine qualitativa fenomenologica (Sasso, Gamberoni) nel quale le esperienze di debriefing sono state descritte così come sono apparse e quindi come sono state percepite dagli studenti.

MATERIALI & METODI

Ogni studente del 1°, 2°, 3° anno al termine del percorso clinico (Gennaio-Marzo 2024) ha ricevuto una valutazione relativa al suo -

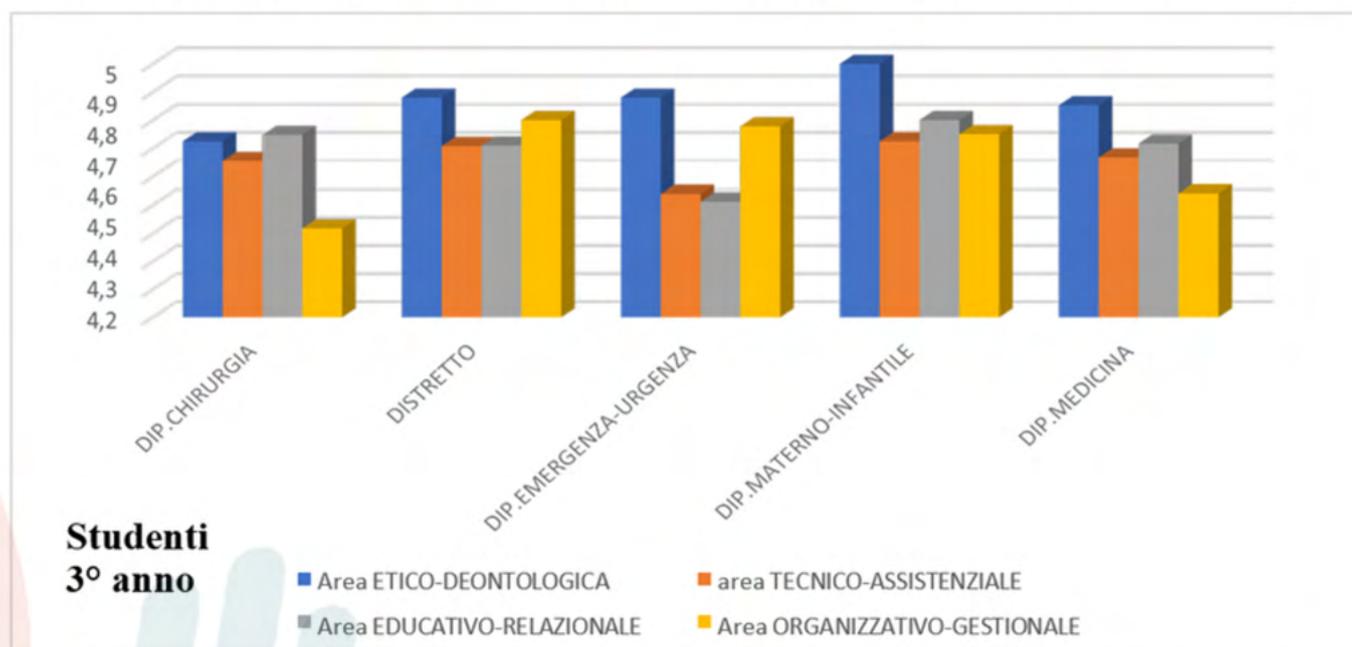


Grafico 1: Risultati autovalutazioni contratto di apprendimento studenti 3° anno

(Plowe) sia una risorsa protettiva che li rende capaci di affrontare situazioni ad elevati livelli di stress mantenendo il controllo ed un equilibrio personale. La letteratura esprime uniformemente che gli studenti ne traggono beneficio (Gerdes) in quanto è un'occasione per riflettere sulla clinica, valutare cosa migliorare o modificare la volta seguente, esprimere sensazioni e pensieri nella rielaborazione di un intervento svolto. Dal confronto delle diverse metodiche di debriefing (verbale, scritto, individuale, focus group, team-debriefing, -

- apprendimento clinico, attraverso la compilazione del contratto di apprendimento, già in uso dagli studenti e condiviso nei diversi poli del corso di laurea infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche e condiviso con lo studente stesso prima del tirocinio durante una sessione di briefing nel quale vengono illustrati gli obiettivi specifici da raggiungere. E' stato richiesto di effettuare, al termine dell'esperienza di tirocinio, un'AUTOVALUTAZIONE utilizzando lo stesso strumento del contratto di apprendimento -

- costituito da obiettivi di apprendimento, variabili in base all'anno di corso, organizzati per aree:

**ETICO-DEONTOLOGICA,
TECNICO-ASSISTENZIALE,
EDUCATIVO-RELAZIONALE,
ORGANIZZATIVO-GESTIONALE.**

- **DEBRIEFING ORALE.** Nella conduzione il riferimento è stato il modello di *Ledermann*, che prevede: DESCRIZIONE, ANALISI e APPLICAZIONE dell'esperienza ad esperienze future.

- **Il facilitatore interviene** quando il singolo o il gruppo richiede aiuto per analizzare

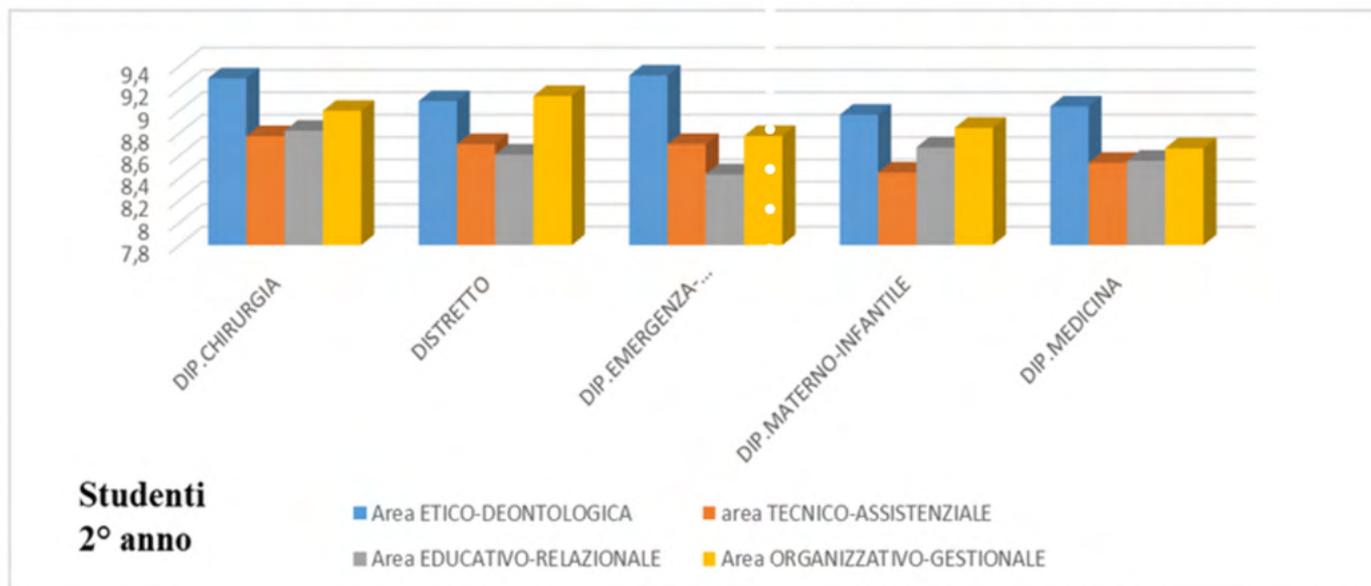


Grafico 1: Risultati autovalutazioni contratto di apprendimento studenti 2° anno

Dalle autovalutazioni analizzate degli studenti del 3° anno si nota come le medie degli obiettivi siano alte, livello 4-5 con obiettivi raggiunti, obiettivi parzialmente raggiunti sia nell'area tecnico assistenziale che in quella educativo relazionale. Le aree in cui si rilevano voti più bassi sono: l'area educativo relazionale e l'area organizzativo /gestionale come anche per gli studenti del 2° anno che inoltre si nota come siano più critici negli obiettivi dell'area tecnico assistenziale con 25% degli studenti che si autovalutano con una performance del 70%.

Dopo aver analizzato le autovalutazioni del contratto di apprendimento, il facilitatore e un supervisore hanno utilizzato i risultati dello studio come base di lavoro per elaborare gli interventi: **è stato proposto ai tirocinanti un percorso strutturato con una sessione di DEBRIEFING SCRITTO** costituito da domande che indagavano 4 ambiti (tirocinio, relazioni, riflessione personale, buoni propositi). Terminata la prima attività scritta, in queste stesse sessioni, gli studenti in formazione sono stati stimolati a portare all'interno del gruppo delle esperienze in cui si erano sentiti in difficoltà e a riflettere su di esse attraverso un

l'esperienza e puntualizza gli aspetti salienti emersi (assessment of the credibility).

- **L'analisi e individuazione delle units meaning**, dei temi e delle categorie (triangolazione dell'analisi dei dati).
- **La presentazione dei risultati è supportata da frasi espresse direttamente dai partecipanti** (stralci di interviste originali).

In seguito, il supervisore ha intrapreso il processo di extracting significant statement e codifica dei dati e ha analizzato le differenze e le relazioni tra le varie categorie. È stata eseguita una lettura più approfondita volta a individuare per ogni intervista le unità significative (frasi o quotations) ritenute importanti (units meaning).

Il significato di ogni units meaning è stato identificato in concetti chiave che sono stati raggruppati in TEMI e CATEGORIE, in base alla loro analogia concettuale.

TEMI	CATEGORIE
Accoglienza	Primo giorno di tirocinio
	Comportamento dell'infermiere tutor/
Emozioni	La difficoltà dell'inizio
	Gestione di ansia, paura, disagio
	Riflessioni ed osservazioni
Relazioni	Comunicazione studenti-pazienti
	Approccio dei professionisti
	Vicinanza dell'infermiere tutor
	Conflitti/Strategie comunicative
Gap teoria-pratica	Bisogni formativi
	Difficoltà nella pratica clinica
	Limiti
Strategie di coping	Comunicazione e relazione studente-
	Sensazioni dello studente
Peer tutoring	Il lavoro di squadra
	Il sostegno dei colleghi studenti
	Sentirsi parte dell'equipe
Aspettative	Desiderio di crescere e migliorare
	Il piacere vs la fatica di continuare il percorso
	Prospettive future

Tabella 1: Temi e categorie emersi dai debriefing

RISULTATI

In tutto hanno partecipato 145 studenti (54 del I° anno, 54 del II° anno, 31 del III° anno) del polo didattico di Macerata raggruppati in focus group (Marzo-Aprile 2024). I team debriefing, raggruppati e suddivisi in area medica/chirurgica/emergenza-urgenza sono stati analizzati attraverso il metodo *Colaizzi*:

- descrizione del fenomeno di interesse,
- raccolta e attenta lettura delle interviste scritte per comprendere il significato di un vissuto esperienziale,
- estrarre le espressioni più rilevanti, il loro significato, le tematiche più profonde e condivise,
- sintesi di temi identificativi rivalutati nuovamente dagli intervistati nel debriefing orale.

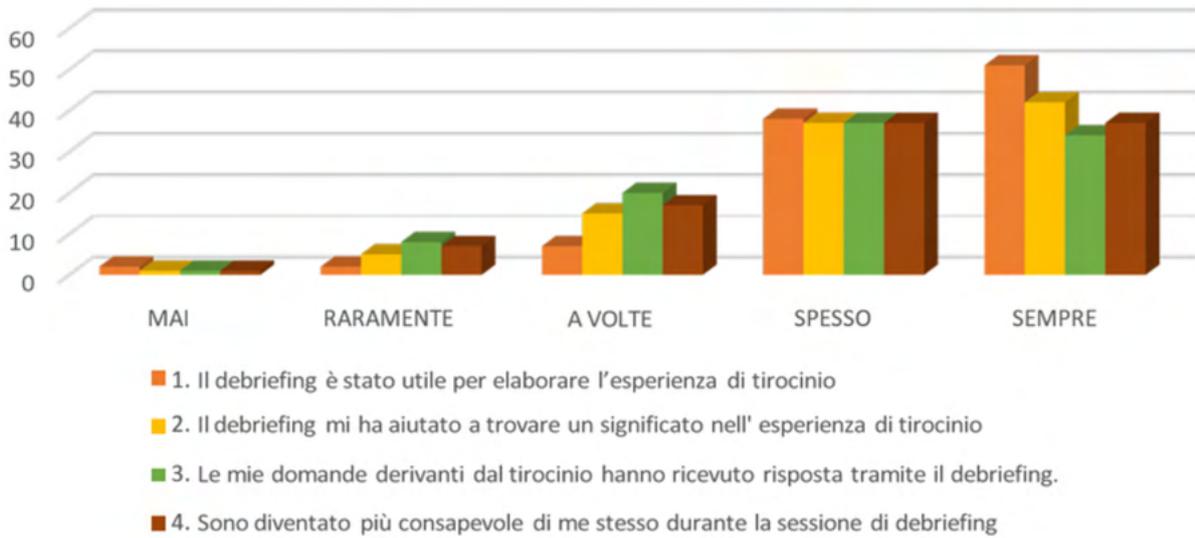
Un'ulteriore rilevazione è stata eseguita sugli studenti ai quali, dopo aver partecipato a delle sedute di debriefing è stata somministrata, la "DEBRIEFING EXPERIENCE SCALE" (Reed) uno strumento costituito da 20 item che indagano la percezione degli studenti sulla seduta di debriefing sostenuta. Gli item prevedono risposte attraverso una scala Likert con valori che vanno da 1 a 5. Il questionario è stato tradotto in italiano e gli item sono stati ridotti a 9 per rispettare gli obiettivi dello studio.

CONCLUSIONI

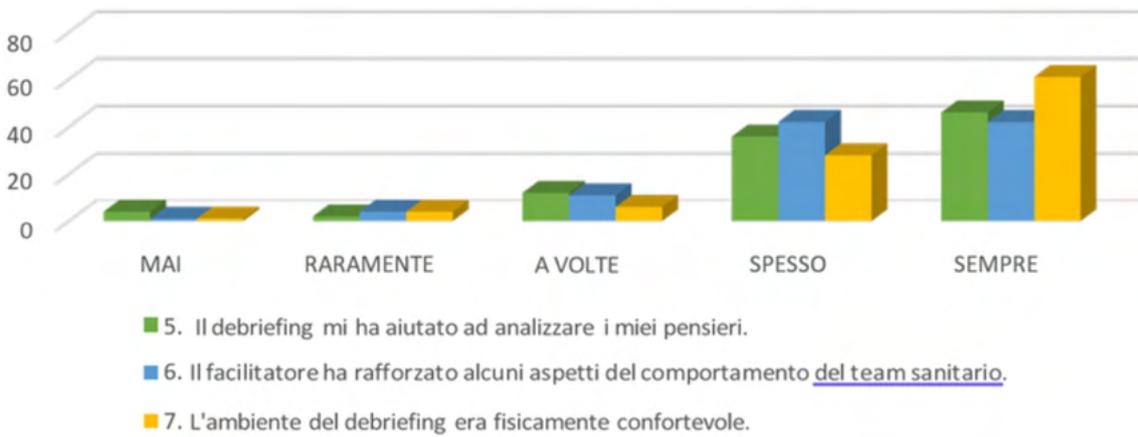
Fondamentale per gli studenti è essere guidati con strumenti adeguati ed efficaci durante le esperienze di tirocinio per gli aspetti tecnico-pratici della professione, ma anche da un punto di vista sociale, comportamentale ed emotivo.

Chiarito il concetto dell'assenza di giudizio da parte dei tutor, in generale gli studenti poi riescono ad iniziare il processo di riflessione e rielaborazione proprio grazie alla guida del facilitatore. Durante i focus group gli studenti hanno avuto reazioni diverse, molti di loro sono riusciti a far emergere contenuti che pensavano potessero inficiare sul loro percorso -

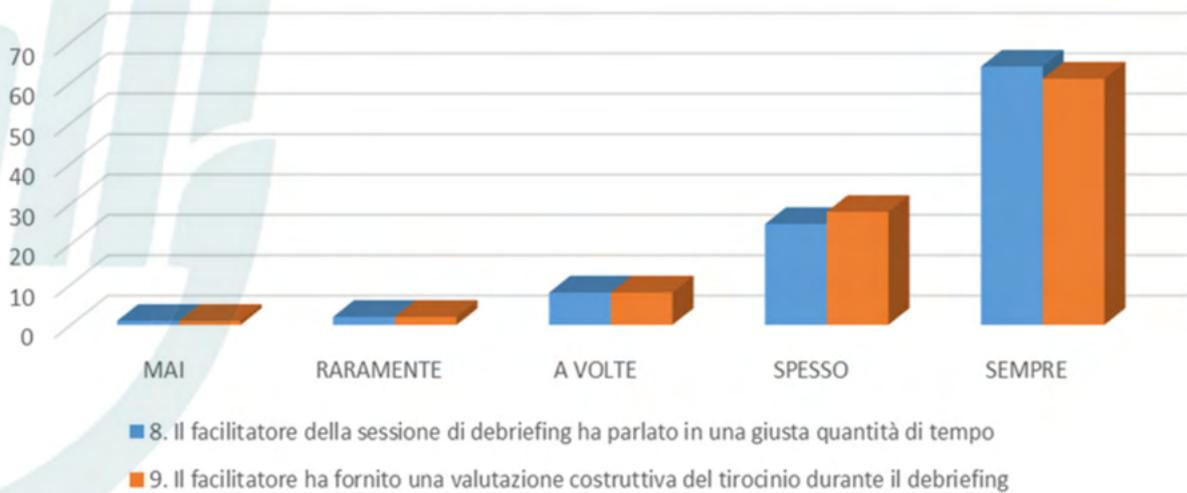
Imparare e creare connessioni



Analizzare pensieri e sentimenti



Abilità e guida appropriata del facilitatore



Grafici 3, 4, 5: Risultati questionario " Debriefing Experience Scale"

- accademico, altri hanno anche sfogato la propria ansia quando venivano trattati temi delicati. Alla fine di ogni debriefing tutti gli studenti hanno valutato questi incontri decisamente utili per rielaborare le vicende e per allontanare le emozioni negative. Creare dei gruppi di discussione che favoriscano lo scambio di esperienze e consentano la condivisione di situazioni difficili che si verificano nelle varie fasi della formazione professionale degli infermieri può essere una soluzione utile per favorire un ambiente di apprendimento più confortevole. Il presente studio ha rilevato le diverse difficoltà che gli studenti infermieri possono riscontrare durante il loro percorso di studi e di tirocinio, inoltre ha tracciato un punto di partenza per indagare quali siano le cause che possano influenzare il successo o meno del percorso accademico. L'auspicio è che durante i debriefing vengano ulteriormente indagati i fattori di rischio e le variabili che possano condurre gli studenti ad abbandonare gli studi o a ritardare il conseguimento del titolo ed intervenire durante le sessioni per far sì che ad ogni studente siano fornite le strategie migliori per l'apprendimento. Il suggerimento che può essere fornito, in base ai risultati di questo studio, è quello di identificare in breve tempo gli studenti a rischio di insuccesso, al fine di implementare e scoprire tecniche di sostegno e di supporto adeguate, potenziare le attività che producono risultati positivi sull'apprendimento e sulla riduzione dello stress come appunto debriefing strutturati dopo ogni periodo di tirocinio clinico.

Bibliografia & Sitografia

Aloufi MA, Jarden RJ, GerdtzMF, Kapp S. Reducing stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students: Systematic review. *Nurse Education Today* (2021)

Andersen E, Olsen L, Denison J, Zerlin I, Reekie M. Nursing students' perceptions of reflective, debriefing discussions and intent to participate *Nurse Education Today* (2018)

Codice Deontologico [Online] www.fnopi.it (rev. 2025)

Colaizzi P., *Psychological research as a phenomenologist views it. Existential Phenomenological alternatives for psychology.* Open university press (1978).

Contratti di apprendimento. [Online] www.univpm.it

D.M.739/94. [Online] <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf>.

Dreifuerst K.T. Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal Nurse Education* (2012)

Fedeli M., Frontani L., Mengato L. *Experiential Learning: metodi, tecniche e strumenti per il debriefing.* Franco Angeli (2015)

Fisher MEM, Oudshoorn A. Debriefing for Professional Practice Placements in Nursing: A Concept Analysis. *Nurse Education Perspectives* (2019)

Gamberoni L., et al. Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. *Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie.* EdiSES. (2015)

Gerdes M. Teaching-Learning Strategy for Promoting Student Success: Asynchronous Post-Exam Reflections. *Nursing science quarterly* (p. 335-339). (2018)

Halter, M., Pelone, F., Boiko, O., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. Interventions to Reduce Adult Nursing Turnover: A Systematic Review of Systematic Reviews. *The open nursing journal.* (p. 108-123). (2017)

Hone, L. C., Jarden, A., Duncan, S., & Schofield, G. M. Flourishing in New Zealand Workers: Associations With Lifestyle Behaviors, Physical Health, Psychosocial, and Work-Related Indicators. *Journal of occupational and environmental medicine.* (p.973-983). (2015)

Lederman L.C. Debriefing: a critical re-examination of the use of post experience analytic process and implications for its effective use. *Simulation and Games* (p.415-431). (1984)

Legge 42/99 Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999

Plowe K.. Increasing resiliency: A focus for clinical conferencing / group debriefing in nursing education. *Nurse Education Practice.* (2020)

Reed, S. J. Debriefing experience scale: Development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing. *Clinical Simulation in Nursing* (p. 211-217). (2012)

Regolamento di tirocinio clinico e di laboratorio didattico. Corso di Laurea in Infermieristica UNIVPM rev. Marzo 2019 [Online]

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. *Il tutor per le professioni sanitarie.* Carocci Editore. (2003)

Taschuk B, Zhang WT, Flint R, Howlett C, Andersen EA. Gaining awareness: Cultivating clinical reflection in nursing students. *Nurse Education Practice.* (2017)

White R, Ewan C. *Il tirocinio.* Sorbona Ed. (1994)



FAQ

Da questa edizione della Rivista, raccogliamo e rispondiamo alle domande che gli iscritti rivolgono più spesso al nostro Ordine: dubbi normativi, aspetti burocratici, adempimenti obbligatori, formazione ECM, albo, PEC e molto altro.

Uno spazio chiaro e aggiornato per orientarsi al meglio nella vita professionale di ogni giorno.

LA LIBERA PROFESSIONE

A cura di: **Dott.ssa Emily Acciarresi**

Infermiera in libera professione dal 2020, presidente dei revisori dei conti presso l' Opi di Macerata, rappresentante per la provincia di Macerata per l' Enpapi.

La mia carriera si fonda su tre pilastri: cura, responsabilità e visione.

Credo fermamente nell'importanza di un approccio umano e multidisciplinare e metto ogni giorno competenza ed entusiasmo al servizio della mia comunità.

Per corrispondenza: **emilyacciarresi@**

Come lavora un infermiere in libera professione?

Dal termine stesso, si capisce che l'infermiere in libera professione è responsabile della sua attività per tutto ciò che ne riguarda, oneri e onori.

Il collega professionista, che sceglie di esercitare in regime di libera professione può offrire servizi di assistenza sanitaria, direttamente ai pazienti, presso il loro domicilio o presso strutture private.

Quali sono le richieste più frequenti a domicilio?

Ricordando che ogni attività svolta dal professionista, deve essere preceduta da una prescrizione medica che ne validi l'esigenza.

Generalmente vi è una grande richiesta a domicilio di ; medicazioni, somministrazione di terapie, monitoraggio, ecg, prelievi, supporto alla riabilitazione e alla famiglia, nelle fasi successive non è insolito -

- che l'assistito o la famiglia, ricontatti il collega grazie al primo incontro conoscitivo, per la presa in carico globale dell'assistito.

In tal senso, il professionista pianificherà con l'assistito, i familiari ed il MdG, il piano assistenziale. Quindi, se vi sarà necessità di prenotare visite specialistiche o di essere presenti, organizzare il trasporto, rispettare le prescrizioni per esami diagnostici, l'infermiere dovrà conoscere tutti gli elementi che potranno aiutare lo specialista a raggiungere una diagnosi, o a definire una cura adeguata (si consiglia pertanto, durante la presa in carico dell'assistito di riorganizzare, referti e terapie).

Come trova i suoi clienti e nuove collaborazioni?

Esattamente come ogni professionista che investe su se stesso, con la pubblicità (opportunamente passata al vaglio dall'ordine di appartenenza) e le specializzazioni, anche l'infermiere in libera professione si sponsorizza con, biglietti da visita, brochure, targhe, ecc... ma la miglior pubblicità rimane il passaparola, ovvero i pazienti soddisfatti che consigliano i suoi servizi ad amici e parenti.

Ci sono colleghi che fanno divulgazione scientifica, tramite piattaforme social e editoriali di categoria; questo tipo di attività non è sempre remunerativo, ma permette (ed impone) loro di continuare a studiare per offrire sempre argomenti aggiornati, corretti ed alfabetizzare la popolazione; questa è un'ottima pubblicità, sia per avere clienti locali, che stimoli ad aprirsi e confrontarsi con realtà lontane, magari un giorno vicine.

Inoltre, per esercitare nel miglior modo la nostra professione, dobbiamo valutare la globalità del nostro assistito ed è proprio la collaborazione con altri specialisti che ci permette di farci conoscere e di trovare nuovi incarichi, organizzare quindi eventi, corsi, workshop sulla salute che permetta ai cittadini di aver maggior consapevolezza. Queste sono strategie, gli permettono al collega di aumentare la propria visibilità, attrarre nuovi clienti/assistiti e creare collaborazioni solide.

Dove acquista i materiali per eseguire le prestazioni domiciliari?

Farmacie e parafarmacie sono sempre la prima scelta quando si tratta di materiale con determinate caratteristiche e che rispondano alle indicazioni dello specialista. Questo permette di avere un confronto diretto ed immediato con l'operatore, mentre: grossisti, negozi online specializzati e rivenditori autorizzati, permettono di avere la consegna a domicilio. È importante verificare che i materiali, siano conformi alle normative vigenti e certificati, questo per garantire sicurezza e qualità nelle prestazioni, oltre a non avere spiacevoli sorprese durante l'operato. Ricordando che il prezzo del materiale acquistato, verrà sommato alla -

- vostra esperienza, il trasporto ecc.... e' importante fare attenzione al prezzo di acquisto e valutare il quantitativo che si acquista secondo la domanda che si riceve, per rimanere competitivi e non avere perdite, ovvero materiale acquistato e mai utilizzato.

Come si determina il prezzo della prestazione?

Il prezzo di una prestazione può variare in base a diversi fattori, e spesso dipende anche dalle scelte personali e dal mercato locale. Le tariffe possono variare a seconda della complessità dell'intervento, del tempo richiesto e delle risorse necessarie.

Ad esempio, un'assistenza domiciliare semplice avrà un costo diverso rispetto a procedure più complesse, specialistiche o invasive. La durata della prestazione può influenzare il prezzo, soprattutto se si tratta di interventi che richiedono molte ore o più visite. I costi sostenuti direttamente dall'infermiere, quali materiali, strumenti, eventuali spese di trasporto etc...

E' importante ricordarsi che si lavora in un mercato locale e non siamo gli unici ad esercitare, anzi per noi è fondamentale avere rispetto dei colleghi, quindi determinare il prezzo nel rispetto della categoria.

L'esperienza e la specializzazione sono in termini di tempo, anni di dedizione e sacrifici a cui dare un valore.

Poiché non vi è offerta senza domanda, per concludere; il valore percepito dal cliente come la qualità del servizio, la reputazione e il livello di personalizzazione offerto possono influenzare la disponibilità del cliente a pagare di più. E' quindi importante trovare un equilibrio tra sostenibilità economica e competitività.

Dove può lavorare un infermiere in Libera professione?

Si può lavorare in forma individuale, come abbiamo appena visto, può avere assistenze domiciliari, collaborazioni con strutture sanitarie, cliniche, case di riposo, ambulatori, studi medici, residenze protette, organizzazioni, cooperative, come collaboratore esterno e mantenendo la propria autonomia.

Può lavorare in libera professione ma in forma aggregata (studio associato, cooperativa sociale e società tra professionisti) con più professionisti, non solo infermieri al fine di garantire risposta assistenziale continuativa, complessa e prolungata rivolta anche a più assistiti contemporaneamente.

Queste forme permettono di integrare l'esperienza con la freschezza dei neolaureati.

Quali formule di pagamento ci sono?

Le formule di pagamento sono: a prestazione, ad ora, ad accesso, a tariffa fissa - ovvero si stabilisce un importo totale per un pacchetto di servizi, indipendentemente dal tempo impiegato o dai materiali utilizzati, ed è utile per servizi standardizzati o programmi di assistenza continuativa - a pacchetto, simile alla tariffa fissa, ma può includere più servizi combinati in un'unica offerta, come un pacchetto di visite o di assistenza domiciliare completa - abbonamento o contratto periodico: il cliente paga una quota mensile o periodica per un certo livello di assistenza continuativa, garantendo un servizio costante e prevedibile nel tempo, questo permette di avere sempre un punto di riferimento. Indipendentemente dalla formula scelta, è importante mettere tutto nero su bianco in un accordo scritto, per evitare fraintendimenti e garantire trasparenza.

Quali sono i contratti che può avere un infermiere in Libera professione?

A seconda delle esigenze del cliente, del tipo di servizio offerto e delle modalità di collaborazione. Ci sono diversi contratti:

Contratto di prestazione si tratta di un accordo temporaneo e non continuativo, spesso usato per servizi saltuari o di breve durata. È semplice da stipulare e di norma viene fatto con farmacie

Contratto di collaborazione professionale: un accordo più strutturato, che può prevedere una collaborazione continuativa con un cliente o un'azienda, con compenso stabilito e modalità definite.

Contratto di lavoro autonomo: anche se l'infermiere è in libera professione, può stipulare contratti di lavoro autonomo con enti pubblici o privati, ad esempio per attività di consulenza o assistenza continuativa, rispettando le normative sul lavoro autonomo.

Contratto di consulenza: un accordo in cui l'infermiere fornisce consulenze specialistiche o servizi di consulenza in ambito sanitario, spesso con un compenso stabilito per progetto o per ora, l'infermiere viene chiamato come consulente per attività di formazione, aggiornamento o sviluppo di progetti specifici, può interessare aziende farmaceutiche o tribunali giudiziari.

Contratto di assistenza domiciliare: specifico per servizi di assistenza a domicilio, può essere stipulato con enti pubblici, privati o singoli clienti, e può prevedere tariffe orarie, a prestazione o pacchetti.

Contratto di collaborazione con strutture sanitarie: in alcuni casi, l'infermiere può collaborare con cliniche, case di cura o altre strutture sanitarie, con contratti di collaborazione

Hai altri dubbi o domande per noi? Scrivici a: redazione@opimacerata.it

IL TOCCO CHE CURA: REVISIONE NARRATIVA SUL “CARING TOUCH”

Autori: **Marinela Gjoshevska** [A],
Laura Pecioli [B], **Brahim Lagtaa** [C]

- [A]** Infermiera U.O. Chirurgia Camerino, AST Macerata
[B] Infermiera U.O. Chirurgia Camerino, AST Macerata
[C] Infermiere SRP2 Macerata, AST Macerata

Per corrispondenza: **marinela.92@hotmail.it**

SOMMARIO BREVE

Il “caring touch” è riconosciuto come un gesto di cura infermieristico che determina rilevanti benefici all’assistito e al professionista favorendo allo stesso tempo la relazione infermiere – paziente.

SOMMARIO ESTESO

Il “caring touch” o “nurses touch” è riconosciuto come un importante strumento di cura nel processo di assistenza infermieristica.

Il contatto umano e la comunicazione empatica che l’infermiere stabilisce diventano fondamentali per creare un rapporto di fiducia con il paziente.

Questo approccio consente di trasmettere vicinanza emotiva e rassicurazione, facilitare l’instaurazione di una relazione d’aiuto autentica, ridurre l’ansia e lo stress nel paziente e migliorare l’adesione al percorso terapeutico. I benefici si riflettono sia sulla persona assistita, che percepisce un maggior supporto e accoglienza, sia sull’infermiere stesso, che può sperimentare maggiore soddisfazione professionale e minore burnout.

Tuttavia, ad oggi, con l’evoluzione tecnologica in continua progressione e con una severa scarsità di risorse umane, gli infermieri tendono a focalizzarsi sempre più sulla pratica clinica meramente procedurale tralasciando il contatto interpersonale con l’assistito, rischiando così di compromettere la relazione infermiere – paziente.

È necessario riportare l’attenzione sul “caring touch” come strumento di benessere che incide profondamente sulla relazione d’aiuto.

Parole chiave: *caring touch, nurses touch, tempo di cura*

PREMESSA

L'infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale. Il tempo di cura è tempo di relazione" (art.4 Codice Deontologico 2025).

"L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita, anche quando questa si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci" (art.22 Codice Deontologico 2025).

In questo contesto il "caring touch" costituisce l'elemento di comunicazione che facilita l'instaurarsi della relazione infermiere-paziente.

Toccare significa entrare in con-tatto, comunicare, proteggere, prendere in carico qualcuno.

Il tocco rappresenta una componente essenziale nell'infermieristica e può essere utilizzato per realizzare interventi assistenziali, per comunicare, per fornire supporto, per raccogliere informazioni.

Ad oggi il progresso tecnologico, che ci fornisce strumentazioni e metodologie sempre più avanzate al fine di garantire elevati standard di assistenza e la miglior cura possibile, rischia però di trasformare il corpo del paziente da "soggetto" ad "oggetto": egli diventa la patologia da trattare e non la persona di cui prendersi cura. A tal proposito l'obiettivo di questo elaborato consiste nel riportare l'individuo, inteso come "soggetto della relazione" e non come oggetto da curare, al centro del percorso di cura.

MATERIALI & METODI

La revisione è stata condotta consultando la banca dati di Pubmed e sono stati inclusi studi qualitativi e revisioni sistematiche.

Le parole chiave ricercate sono state "caring touch" e "nurses touch" combinate tramite l'operatore booleano OR.

I criteri di eleggibilità selezionati per gli articoli sono stati i seguenti: documenti pubblicati negli ultimi cinque anni e disponibili in free full text.

Sono stati esclusi gli articoli che ponevano il focus sui pazienti pediatrici. La ricerca ha prodotto 282 risultati.

In seguito all'accurata lettura dell'abstract sono stati selezionati cinque articoli, inseriti poi in questa revisione narrativa.

RISULTATI

Il caring touch è uno strumento utile per mostrare compassione, rispetto e per proteggere l'integrità del corpo vissuto. Esso è percepito come gesto calmante e confortante per il paziente e per il prossimo, creando così senso di sicurezza. Inoltre, aiuta a risvegliare la motivazione a guarire, che è fondamentale nell'ambiente sanitario (*Pepito et al.*).

Definito come "tocco premuroso", esso rafforza le parole dell'infermiere, trasmettendo comfort, sicurezza e speranza in un ambiente fortemente tecnologico nel quale la persona assistita, con un'oggettiva difficoltà nel comunicare, può sentirsi spaventata. Inoltre, invita alla relazione d'aiuto rispettando la dignità del paziente come essere umano. (*Burgess et al.*).

L'efficienza tecnologica non dovrebbe mai sostituire l'umanità nella cura, il "tocco umano" rappresenta un aspetto insostituibile dell'assistenza, che nessuna tecnologia può replicare completamente. In questo senso, gli infermieri devono valutare attentamente come integrare la tecnologia nella loro pratica professionale senza compromettere le relazioni interpersonali che sono fondamentali per l'assistenza (*Sandnes e Uhrenfeldt*).

Nello studio qualitativo di Sandnes, sono stati intervistati degli infermieri di terapia intensiva che hanno espresso le loro percezioni riguardante il tocco di cura. Stare vicino ad un paziente, tenendogli la mano, trasmette senso di presenza e soddisfa il bisogno di sicurezza.

È un gesto che non si limita ad essere solo di tipo fisico, ma dimostra che qualcuno è lì per lui.

Si instaura una connessione nella quale il tempo sembra fermarsi (*Burgess et al.*).

Una riflessione importante emerge dalla revisione sistematica effettuata da Buono et al. -

- nella quale seppur il tocco si confermi essere percepito come un segnale di rassicurazione che promuove l'empatia, la comunicazione e la formazione di forti legami affettivi, esso può anche essere facilmente frainteso. Sebbene il tocco possa effettivamente dimostrare affetto, quando viene impiegato inappropriatamente può essere percepito come una forma di controllo. In questo senso, quando la relazione infermiere-paziente non viene basata sulla vicinanza reciproca e sul consenso, anche i tocchi confortanti possono trasformarsi in gesti profondamente angoscianti.

Il corpo umano è considerato universalmente uno spazio privato e intimo, e il tocco non consensuale o inappropriato può essere percepito come una violazione di questo spazio personale, generando ansia, disagio e persino trauma nel paziente. È noto come le differenze culturali giocano un ruolo determinante nella percezione e accettazione del contatto fisico in ambito sanitario. Esistono culture definite "high-contact" e "low-contact" che influenzano profondamente le aspettative e i comfort levels dei pazienti.

Le culture high-contact (come molte popolazioni sudamericane, mediterranee e alcune africane) tendono infatti a utilizzare il tocco come parte naturale della comunicazione interpersonale, percependo il contatto fisico come espressione di calore umano e supporto che riduce le distanze interpersonali e in tal modo interpretano più positivamente il tocco terapeutico come segno di attenzione e cura. Di contro le culture low-contact (come molte popolazioni dell'Asia orientale, del Nord Europa e alcune comunità anglosassoni) tendono invece a valorizzare maggiormente lo spazio personale, percependo il tocco non necessario come potenzialmente invasivo e preferendo forme di supporto più verbali o simboliche; pertanto, necessitano di manifestare un consenso più esplicito prima di qualsiasi tipo di contatto fisico. Difatti la comunicazione "touch" si identifica come un processo bidirezionale in cui il paziente è un co-partecipante attivo e l'infermiere modula il proprio gesto di cura attraverso un'attenta interpretazione delle reazioni non verbali del paziente nei confronti del tocco stesso, adattandolo di conseguenza.

Risulta perciò fondamentale che il tatto sia dialogico e aperto all'adattamento (*Tengblad et al.*).

Il "caring touch" determina benefici anche per il professionista sanitario che si avvale di tale strumento di cura durante la propria pratica clinica.

L'analisi ha rivelato una correlazione significativa tra il comfort nell'utilizzo del tatto espressivo e il benessere professionale: gli infermieri che manifestano confidenza con questa modalità comunicativa riportano livelli superiori di soddisfazione lavorativa, mentre coloro che esprimono disagio nell'impiego di tale approccio presentano maggiore incidenza di burnout professionale (*Buono et al.*).

CONCLUSIONI

Il concetto di caring touch rappresenta un elemento fondamentale nell'assistenza infermieristica che merita particolare attenzione. Questo approccio consente al paziente di percepire un riconoscimento della propria identità come persona, rispettando il corpo e l'integrità personale in momenti di vulnerabilità. La letteratura evidenzia come, attraverso questo strumento terapeutico, il corpo del professionista sanitario – con particolare enfasi sulle mani – diventi un efficace veicolo di comunicazione. Trasmette infatti un messaggio di vicinanza e rassicurazione verso la persona sofferente, stabilendo una connessione che trascende le barriere verbali. **È interessante osservare come, nei contesti in cui la capacità di comunicare attraverso le parole risulta compromessa, il linguaggio corporeo emerga quale potente rivelatore delle necessità inesprese del paziente.**

Gli infermieri, consapevoli di questa dinamica, sviluppano modalità di presenza attraverso il contatto fisico, comunicando implicitamente un messaggio di supporto che potremmo tradurre con "sono qui per te".

Tuttavia, la letteratura evidenzia una questione fondamentale: il tocco come strumento terapeutico ha un duplice potenziale, potendo essere sia profondamente benefico che -

potenzialmente problematico. Esso può essere percepito come gesto di controllo inteso come un'invasione della privacy rappresentando così uno dei rischi principali nell'utilizzo del caring touch.

Il concetto chiave che emerge è quello della relazionalità del tocco. Non è tanto l'atto fisico in sé a determinarne l'efficacia, quanto il contesto relazionale in cui avviene. **Quando manca una base di fiducia reciproca e consenso esplicito o implicito, anche i gesti più benintenzionati possono essere percepiti come invasivi o manipolativi.**

La distinzione tra affetto e controllo che viene sottolineata è particolarmente significativa nel contesto sanitario, dove esiste già uno squilibrio di potere intrinseco tra operatore e paziente. Il tocco può facilmente attraversare il confine sottile tra sostegno e imposizione, specialmente quando il paziente si trova in una condizione di vulnerabilità.

L'aspetto della negoziazione continua che viene menzionato è cruciale: il consenso al tocco non è qualcosa che si stabilisce una volta per tutte, ma richiede un monitoraggio costante attraverso comunicazione verbale e lettura delle reazioni non verbali. Questa dinamica richiede agli operatori sanitari non solo competenze tecniche, ma anche una notevole sensibilità interpersonale e capacità di adattamento che solleva interessanti interrogativi sulla formazione dei professionisti sanitari e sull'integrazione consapevole di tali competenze nella pratica clinica quotidiana. La sfida principale è che spesso gli infermieri operano in contesti multiculturali dove possono incontrare pazienti con background molto diversi dal proprio, rendendo essenziale una formazione specifica sulla competenza culturale e sulla comunicazione interculturale per utilizzare il tocco terapeutico in modo efficace e rispettoso.

Infine, la partecipazione attiva degli infermieri nell'innovazione tecnologica risulta essenziale per garantire che l'elemento umano rimanga centrale nella cura sanitaria.

Nonostante l'inevitabilità della rivoluzione tecnologica, è fondamentale considerare l'impatto di queste innovazioni sulla relazione infermiere-paziente.

Questo equilibrio rappresenta una delle sfide -

- più significative per la professione infermieristica contemporanea: abbracciare il progresso tecnologico che può migliorare l'assistenza, ridurre gli errori e ottimizzare i processi, mantenendo al contempo quella connessione umana che è alla base della guarigione e del benessere del paziente.

Bibliografia

Buono RA, Nygren M, Bianchi-Berthouze N. Touch, communication and affect: asystematic review on the use of touch in healthcare professions. *Syst Rev.* 2025;14(1):42.

Burgess JE, Gorton KL, Lasiter S et al. The Nurses' Perception of Expressive Touch: An Integrative Review. *J Caring Sci.* 2023 ;12(1):4-13.

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2025, FNOPI.

Pepito JAT, Babate FJG, Dator WLT. The nurses' touch: An irreplaceable component of caring. *Nurs Open.* 2023;10(9):5838-5842.

Sandnes L, Uhrenfeldt L. Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2024; 19(1):2348891.

Tengblad J, Airosa F, Karlsson L et. Al. "I am Here"-The Importance of Caring Touch in Intensive Care. A Qualitative Observation and Interview Study. *J Holist Nurs.* 2024;42(3):254-264.

MAPPATURA DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN PNEUMOLOGIA E SEMINTENSIVA RESPIRATORIA: STUDIO OSSERVAZIONE TRASVERSALE

A cura di: **Crognalotti Andrea** [A], **Galli Alessia** [B],
Montini Alessandra [C], **Gatti Chiara** [D],
Pelusi Gilda [E], **Antognini Paolo** [F]

[A] Infermiere UOSD Cardiologia Interventistica, AST Macerata

[B] Infermiere SOD Pronto Soccorso e OBI, AOU delle Marche

[C] Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione, AST Ascoli Piceno

[D] Coordinatore di SOD Cardioch. e Cardiologia Ped. e Congenita. UOC, AOU delle Marche

[E] Direttore ADP del CdLM Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Polo di Ancona, UNIVPM

[F] Dirigente Area Infermieristico Ostetrica, Direzione Professioni Sanitarie, AST Macerata

Per corrispondenza: andrea.crognalotti@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Mappatura delle competenza infermieristiche attraverso uno strumento di autovalutazione, la Nurse Competence Scale.

SOMMARIO ESTESO

Le competenze infermieristiche rappresentano un elemento cruciale per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria, soprattutto nei contesti clinici complessi. Alla luce delle indicazioni contenute nel nuovo Codice Deontologico, l'infermiere non è più soltanto un esecutore di procedure, ma un professionista autonomo, responsabile delle proprie scelte assistenziali, etiche e relazionali. In quest'ottica, diventa fondamentale individuare e valorizzare le competenze acquisite, promuovendone l'aggiornamento continuo attraverso strumenti validati. L'articolo presenta uno studio osservazionale trasversale condotto presso l'U.O. di Pneumologia e Semintensiva Respiratoria del Presidio Ospedaliero Unico di Macerata, con l'obiettivo di mappare le competenze del personale infermieristico tramite la Nurse Competence Scale (NCS). Questo strumento di autovalutazione consente di esplorare le percezioni individuali delle proprie capacità professionali e la frequenza con cui esse vengono utilizzate nella pratica quotidiana. I risultati offrono spunti significativi per la pianificazione di percorsi formativi mirati, l'identificazione dei bisogni educativi e il rafforzamento delle competenze meno sviluppate. L'articolo si propone quindi di contribuire alla riflessione sul valore dell'autovalutazione come leva per il miglioramento continuo, nonché come supporto per le decisioni organizzative e per la valorizzazione del ruolo infermieristico nei contesti ad alta complessità.

PREMESSA

Le competenze infermieristiche, alla luce del nuovo Codice Deontologico, si fondano su un approccio centrato sulla persona, sulla responsabilità professionale e sull'evidenza scientifica. Il Codice sottolinea il ruolo dell'infermiere non solo come esecutore di tecniche assistenziali, ma come professionista autonomo, responsabile delle proprie scelte cliniche, etiche e relazionali. Le competenze infermieristiche comprendono quindi capacità cliniche, comunicative, educative e gestionali, orientate alla tutela della salute, al rispetto della dignità della persona assistita e alla promozione della qualità delle cure. In questo contesto, il Codice rafforza l'impegno degli infermieri verso l'aggiornamento continuo, la collaborazione interprofessionale e il rispetto dei diritti della persona, in ogni fase della vita e in ogni contesto assistenziale. Lo sviluppo di tali competenze si fonda sull'esperienza, che trasforma il neofita in esperto. **Gli infermieri esperti**, dotati di competenze specialistiche, **contribuiscono significativamente al miglioramento della salute dei pazienti** e alla soddisfazione lavorativa del team. Tuttavia, nella pratica quotidiana, decisioni organizzative come il trasferimento tra reparti avvengono talvolta senza considerare le competenze cliniche necessarie. In questo contesto, la disponibilità di indicatori espliciti di competenza può supportare il personale nell'autovalutazione e nella pianificazione del proprio percorso professionale. Tale approccio risulta particolarmente rilevante nei contesti critici, come l'emergenza e le unità intensive o semintensive, dove le decisioni devono essere rapide ed efficaci. La valutazione delle competenze si configura quindi come uno strumento chiave per garantire qualità, pianificare la forza lavoro, gestire il personale e promuovere lo sviluppo continuo. Per cui, in strutture specialistiche come l'U.O. di Pneumologia e Semintensiva Respiratoria, la mappatura delle competenze può favorire un sistema centrato sull'esperienza e sull'apprendimento permanente, e -

- l'autovalutazione rappresenta un mezzo efficace per identificare carenze formative e rafforzare la pratica infermieristica, promuovendo il miglior utilizzo delle competenze nel contesto clinico.

In ambito infermieristico sono stati sviluppati diversi strumenti e metodologie per la valutazione delle competenze, tra cui la Nurse Competence Scale (NCS), uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003. La scala è suddivisa in sette classi di competenza, riferite al quadro concettuale sviluppato da Patricia Benner; ognuna delle quali prevede una serie di competenze più specifiche, per un totale di 73 indicatori complessivi.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo progetto è quello di realizzare la mappatura delle competenze del personale dell'U.O. di Pneumologia e Semintensiva Respiratoria del Presidio Ospedaliero Unico di Macerata, mediante l'utilizzo della NCS.

MATERIALI & METODI

La metodologia utilizzata è di tipo quantitativo e il disegno dello studio è di tipo osservazionale trasversale. Lo strumento utilizzato è la Nurse Competence Scale, uno strumento di self report delle competenze infermieristiche in ambito clinico.

Il campione è rappresentato dagli infermieri operanti nell'U.O. Pneumologia e Semintensiva Respiratoria del Presidio Ospedaliero Unico di Macerata. Lo studio è stato condotto nel periodo compreso tra marzo 2021 e giugno 2021.

La somministrazione dei questionari si è avvalsa dell'applicazione web Google Moduli. L'analisi dei dati ottenuti dalla somministrazione dei questionari è stata effettuata utilizzando Microsoft Excel 2016.

RISULTATI

Hanno aderito allo studio i 28 infermieri che operano nell'U.O. Pneumologia e Semintensiva Respiratoria, con un tasso di rispondenza del 100%.

- ▪ per ogni paziente" con VAS 72,8, "valutare i risultati dell'educazione al paziente con i famigliari" e "valutare i risultati dell'educazione al paziente con il paziente stesso" entrambe con VAS 73,2;

▪ nelle "competenze diagnostiche" si rilevano "analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando i diversi modelli teorici" con VAS 65,3,

Tabella I - Autovalutazione del livello di competenza e frequenza di utilizzo delle competenze nelle differenti categorie

Categoria		Frequenza di utilizzo	Livello di Competenza VAS
Competenze di presa in carico	Media	2,18	77
	DS	0,7	12,4
Competenze di educazione	Media	2,30	76,1
	DS	0,7	12,8
Competenze diagnostiche	Media	2,08	74,3
	DS	0,8	14,8
Competenze di gestione delle situazioni	Media	2,50	80,6
	DS	0,6	11,5
Interventi terapeutici	Media	2,18	74,3
	DS	0,8	15,3
Assicurare qualità	Media	1,77	71,8
	DS	0,7	16,8
Ruolo ricoperto	Media	2,36	79,8
	DS	0,7	12,6
Totale	Media	2,25	76,9
	DS	0,7	13,8

Gli infermieri partecipanti hanno dimostrato di percepire il loro livello di competenza generale come molto buono, con una VAS media di 76,9. I loro livelli di competenza nelle diverse categorie variano da una VAS media di 71,8 nella categoria "assicurare qualità" ad una VAS di 80,6 nella categoria "competenza di gestione delle situazioni". Analizzando i dati nello specifico, si rileva che gli infermieri percepiscono il loro livello di competenza molto buono nelle categorie di "competenze di presa in carico", "competenze di educazione", "competenze di gestione delle situazioni" e "ruolo ricoperto", con una VAS media che varia da 76,1 a 80,6 (Tabella I).

Nello specifico riportiamo (Tabella II):

▪ nelle "competenze di presa in carico" l'item che ottiene il punteggio più basso è "utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti" con una VAS di 72,1;

▪ nelle "competenze di educazione" troviamo invece "fornire un'educazione personalizzata -

"accertare i bisogni psicologici dei famigliari" con VAS 71,7 e "organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)" con VAS 71,4;

▪ negli "interventi terapeutici" vi sono "aggiornare protocolli/linee guida" con VAS 70,3 e "valutare sistematicamente i risultati dell'assistenza al paziente" con VAS 70;

▪ in "assicurare qualità" troviamo "identificare aree di approfondimento e di ricerca nell'assistenza al paziente" con VAS 68,5, "contribuire all'identificazione di criticità nel modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica" con VAS 69,2, "utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica", "proporre problemi da approfondire con la ricerca";

▪ in "ruolo ricoperto" infine "sviluppare l'assistenza al paziente all'interno di un'equipe multidisciplinare" con VAS 73,2.

Categoria	Item	Media	DS
Competenze di presa in carico	1 - Pianificare l'assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del singolo paziente	79,6	9,6
	2 - Modificare il piano assistenziale in riferimento ai bisogni del singolo paziente	80	10,8
	3 - Supportare le strategie di adattamento alla malattia del paziente	77,8	11,3
	4 - Valutare criticamente la propria filosofia del nursing, la sua congruenza con i bisogni degli utenti e la sua applicazione nella pratica quotidiana	75	13,1
	5 - Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti	72,1	14,7
	6 - Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa	75	13,1
	7 - Fondare la presa di decisioni su valori etici	80	12,1
Competenze di educazione	8 - Riconoscere i bisogni di educazione del paziente	81	10,6
	9 - Individuare il momento ottimale per attuare interventi educativi rivolti al paziente	77,1	11,5
	10 - Padroneggiare i contenuti degli interventi educativi rivolti al paziente	75,3	10,3
	11 - Fornire un'educazione personalizzata per ogni paziente	72,8	15,6
	12 - Gestire il processo educativo del paziente	73,5	11,6
	13 - Riconoscere i bisogni educativi dei familiari	75	16,4
	14 - Agire autonomamente nell'educare i familiari	73,9	12,5
	15 - Tenere conto del livello di abilità posseduto degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico	80,7	11,5
	16 - Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi	78,5	12,6
	17 - Valutare i risultati dell'educazione al paziente con il paziente stesso	73,2	12,7
	18 - Valutare i risultati dell'educazione al paziente con i familiari	73,2	12,7
	19 - Valutare i risultati dell'educazione al paziente con l'equipe assistenziale	75	10,3
	20 - Attivarsi per mantenere e migliorare le proprie abilità professionali	82,8	10,1

Categoria	Item	Media	DS
Competenze di educazione	21 - Sviluppare il processo educativo nei confronti del paziente all'interno dell'unità operativa	73,9	12,8
	22 - Incoraggiare gli altri ad assumersi le proprie responsabilità	76	14,7
	23 - Contribuire a sviluppare percorsi nell'unità operativa per gli infermieri neoassunti	72,5	18,5
Competenze diagnostiche	24 - Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici	65,3	17,1
	25 - Accertare i bisogni psicologici del paziente	78,9	12,7
	26 - Accertare i bisogni psicologici dei familiari	71,7	17,8
	27 - Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)	71,4	16,9
	28 - Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'osservazione del paziente	78,5	11,7
	29 - Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'uso di strumenti diagnostici (es. scale di valutazione)	75,3	11
	30 - Gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito	78,9	9,9
Competenze di gestione delle situazioni	31 - Riconoscere precocemente situazioni critiche per la vita del paziente	80,7	11,5
	32 - Ridefinire le priorità delle attività in funzione del modificarsi delle situazioni	80,3	11,3
	33 - Agire appropriatamente in situazioni di pericolo di vita del paziente (emergenze)	78,2	12,1
	34 - Concorrere ad individuare momenti di confronto con l'equipe su casi assistenziali quando necessario	77,8	11,9
	35 - Sostenere i membri dell'equipe a gestire le situazioni di cambiamento	77,1	11,8
	36 - Pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili	79,2	10,1
	37 - Mantenere le attrezzature in buone condizioni	86	11
	38 - Cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente	85,3	9,9
	39 - Pianificare le proprie attività in relazione alla situazione clinica del paziente	82,1	9,5

Categoria	Item	Media	DS
Interventi terapeutici	40 - Prendere decisioni riguardo all'assistenza personalizzandola per ogni paziente	79,2	10,8
	41 - Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle degli altri membri dell'equipe multidisciplinare	78,2	9,8
	42 - Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle degli altri membri dell'equipe infermieristica	78,2	9,8
	43 - Aggiornare protocolli/linee guida	70,3	17,5
	44 - Esprimere il proprio punto di vista, all'interno dell'equipe, su problemi assistenziali	79,2	11,8
	45 - Utilizzare i risultati della ricerca per attuare interventi appropriati	70	17,2
	46 - Valutare sistematicamente i risultati dell'assistenza al paziente	73,5	14,4
	47 - Possedere conoscenze approfondite	72,8	16
	48 - Contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari	66,7	16,1
Assicurare qualità	49 - Ispirarsi, durante la pratica, al modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica	70	17,6
	50 - Identificare aree di approfondimento e di ricerca nell'assistenza al paziente	68,5	16,4
	51 - Contribuire all'identificazione di criticità nel modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica	69,2	18,2
	52 - Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l'assistenza erogata	72,8	13,5
	53 - Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica	68,5	15,5
	54 - Proporre problemi da approfondire con la ricerca	69,6	17,1
	55 - Riconoscere i bisogni di supporto e di aiuto dei colleghi	77,5	10,7
	56 - Essere consapevole dei propri limiti	88,9	10,3
	57 - Riconoscere l'identità professionale come una risorsa per la professione infermieristica	85	9,2
	58 - Dimostrare responsabilità nell'utilizzo (spreco) delle risorse	86,7	10,2

Categoria	Item	Media	DS
Ruolo ricoperto	59 - Coordinarsi con i membri dell'equipe in merito alla distribuzione delle attività	83,9	8,7
	60 - Svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell'unità operativa	79,6	9,6
	61 - Svolgere l'affiancamento per i neoassunti	80,7	10,5
	62 - Arricchire l'equipe assistenziale con le proprie competenze	79,2	13,3
	63 - Agire autonomamente	83,9	10,3
	64 - Attribuire attività al personale di supporto	81	12,8
	65 - Migliorare l'assistenza attraverso l'apporto di nuove conoscenze	78,9	9,1
	66 - Assicurare il procedere di un'assistenza priva di pericoli attraverso la delega di compiti	76,4	12,8
	67 - Mettere in atto strategie per evitare lo stress eccessivo (controllare le proprie emozioni)	69,2	19,8
	68 - Utilizzare le tecnologie informatiche nel lavoro	77,5	13,2
	69 - Coordinare l'assistenza al paziente nella sua globalità	76,3	17,9
	70 - Gestire completamente le situazioni che gli si presentano innanzi	76,4	11,9
	71 - Dare feedback costruttivi relativamente all'attività dei colleghi	76,4	14,1
	72 - Sviluppare l'assistenza al paziente all'interno di un'equipe multidisciplinare	73,2	13,6
73 - Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro	83,9	9,1	

L'autovalutazione della frequenza di utilizzo in ambito clinico della competenza, mostra che gli infermieri utilizzano il 97,6% delle competenze espresse nei diversi item, e che ad elevati livelli di competenza percepita corrispondono altrettanti elevati livelli di frequenza di utilizzo della competenza stessa. **La frequenza di utilizzo minore viene riscontrata nella sesta categoria "assicurare qualità", mentre la frequenza più alta nella quarta categoria "competenze di gestione delle situazioni".**

Gli intervistati, inoltre, che hanno un ulteriore titolo professionale valutano il loro livello di competenza (VAS 74,7) più alto rispetto a chi possiede il diploma professionale regionale (VAS 69,9), e più basso rispetto a chi possiede il diploma universitario (VAS 83,9) e a chi possiede solo la laurea triennale (VAS = 77,2).

Analizzando invece la relazione tra il livello di competenza percepito e gli anni di servizio nel ruolo si osserva che il valore più basso viene registrato nella prima classe (meno di 5 anni -

anzianità), mentre il livello più alto viene registrato nella quarta classe (da 16 a 20 anni di anzianità); l'ultima classe (oltre 21 anni di anzianità) mostra invece risultati sensibilmente più bassi della seconda (da 6 a 10 anni di anzianità) e terza classe (da 11 a 15 anni di anzianità). anzianità), mentre il livello più alto viene registrato nella quarta classe (da 16 a 20 anni di anzianità); l'ultima classe (oltre 21 anni di anzianità) mostra invece risultati sensibilmente più bassi della seconda (da 6 a 10 anni di anzianità) e terza classe (da 11 a 15 anni di anzianità).

DISCUSSIONE

Nel complesso gli intervistati hanno valutato la loro competenza come molto buona (VAS 76,9). Nel dettaglio, in questo studio il livello di competenza viene percepito come molto buono (>75 = 100) nelle categorie "competenze di presa in carico", "competenze di educazione", "competenze di gestione delle situazioni" e "ruolo ricoperto", con una VAS compresa tra 76,1 a 80,6; viene invece percepito come buono (>50 = 75) nelle categorie "competenze diagnostiche", "interventi terapeutici" e "assicurare qualità", con una VAS compresa tra 71,8 e 74,3.

Andando ad analizzare le singole competenze nelle varie categorie notiamo che a presentare i punteggi più bassi sono quegli items relativi all'area della ricerca e alla valutazione dei risultati educativi; risultati questi da non trascurare considerando il setting della U.O. Pneumologia e Semintensiva Respiratoria.

I dati ottenuti sembrerebbero rivelare una relazione significativa tra il livello di competenza percepito ed alcune variabili quali l'età, la frequenza di utilizzo della competenza nella pratica clinica e gli anni di servizio.

Per quanto riguarda la relazione tra competenze percepite e percorsi formativi, i dati ottenuti mostrano varie difformità tra i risultati, probabilmente dovute al fatto che il campione è costituito per la maggior parte da infermieri in possesso della laurea triennale (82%); questo gruppo infatti include anche quello degli -

infermieri in possesso di ulteriori titoli formativi (21%), i quali seppur in possesso di Master o Laurea Magistrale non percepiscono un livello di competenze superiore a quelli appartenenti alle altre categorie. L'ipotesi alla base di questi risultati può essere legata al fatto che a questi due gruppi appartengono anche infermieri che hanno una minore anzianità lavorativa, sia generale che specifica di area. A tal fine sarebbe quindi importante ripetere ed approfondire l'indagine cercando una correlazione significativa a livello statistico su questo aspetto.

Lo studio ha inoltre dimostrato una differenza percettiva di genere, dove gli infermieri di sesso maschile percepiscono sia il livello di competenza generale che quello specifico di ogni categoria, maggiore rispetto alle intervistate di sesso femminile; bisogna però specificare che il campione di sesso maschile (17%) è molto più piccolo rispetto a quello femminile (83%).

In merito all'obiettivo di questo studio, ossia quello di individuare i bisogni formativi specifici, le competenze che andrebbero migliorate sono quelle appartenenti alle categorie "competenze diagnostiche", "interventi terapeutici" e "assicurare qualità", in quanto vi si registrano i punteggi più bassi, pur rimanendo comunque in un livello di competenza buono; in queste aree bisognerebbe quindi orientare i bisogni formativi del gruppo infermieristico, auspicando al raggiungimento di un livello di competenza maggiore e stabile nel tempo.

CONCLUSIONI

Definire la competenza dei professionisti della salute è uno dei fondamentali costrutti scientifici per determinare e affinare i processi formativi in divenire, che devono essere attivati per **una risposta di salute di qualità ed al passo con le nuove scoperte scientifiche**; questo perché si deve sempre cercare di comprendere come l'acquisizione di conoscenze si traduca o venga trasformata in capacità di comprensione, di azione e di scelta da parte dei soggetti coinvolti e, come tale risultato del processo formativo, si trasformi in sapere ed abilità, ossia nella loro -

- capacità, non solo di agire nella realtà, ma anche, e soprattutto, di interpretarla e di interagire con essa.

L'autovalutazione può rappresentare uno strumento di autoanalisi introspettivo e di autoapprendimento che si prefigge, attraverso la misurazione, la consapevolezza e lo sviluppo delle potenzialità individuali, di migliorare il singolo individuo. Questa può fornire agli infermieri la possibilità di riflettere sui loro comportamenti e valutare le loro conoscenze e competenze periodicamente, al fine di promuovere lo sviluppo professionale e la formazione continua. Inoltre, può essere utile alle organizzazioni sanitarie per identificare le competenze necessarie per prestazioni infermieristiche eccellenti. Per questo motivo l'utilizzo sistematico nella pratica di uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche, come il questionario Nurse Competence Scale, migliora il processo di analisi dei bisogni formativi e facilita lo sviluppo delle competenze infermieristiche essenziali per il personale, soprattutto se opera in ambiente critico semintensivo o intensivo. In tal modo si possono ottenere importanti informazioni sui profili di competenza basati sulle evidenze e contesto-specifici, i quali forniscono un valido aiuto nella strutturazione di interventi di sviluppo del personale che hanno come obiettivo il garantire una qualità elevata nella cura del paziente.

I risultati ottenuti dallo studio, pertanto, possono essere utilizzati come base per definire studi di ricerca e percorsi formativi e lavorativi, che mirino alla crescita dei professionisti; in tal modo possono essere individuate le aree di competenza che hanno bisogno di essere valorizzate o che già sono un valore aggiunto professionale, tenendo conto anche di quei fattori socio-demografici che influiscono direttamente sulla percezione del livello di competenza.

Bibliografia

Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB et al. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290(12): 1617-23

Benner P. Issues in competency-based testing. *Nurs Outlook* 1982; 30(5): 303-9.

Benner P. From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Manlo Park: Addison Wesley, 1984.

Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza. Italia: McGraw-Hill Education, 2003.

Borgioli M, Chiappi S, Bini B et al. Un sistema per valutare le competenze nell'infermieristica: la definizione degli strumenti operativi. *Prof Inferm* 2010; 63(4): 200-4.

Colagrossi R. L'autovalutazione delle competenze cliniche infermieristiche in area critica. *Scenario*; 29(3): 8-14.

Dellai M, Mortari L, Meretoja R. Self-assessment of nursing competencies - validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scand J Caring Sci* 2009; 23(4): 783-91.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospital. *N Engl J Med* 2002; 356: 1715-22.

Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs* 2004; 47(2): 124-33.

Montedoro C. Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica. Milano: Franco Angeli, 2002.

Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R et al. Competence profiles of recently registered nursing working in intensive and emergency settings. *J Nurs Manag* 2007; 15(8): 792-800.

www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf



NOTIZIE DALLA SEGRETERIA OPI

“ CALL FOR PAPERS ! ”

Il Comitato di Direzione, il Comitato di Redazione ed il Comitato Scientifico della rivista semestrale “L’ordine informa” vi segnalano la Call for Papers per il numero 2/2025 prevista per il mese di Dicembre 2025.

La rivista è il nuovo periodico semestrale d’informazione professionale e scientifica dell’OPI di Macerata che dal 2021 è pubblicata on-line sul sito www.opimacerata.it/lordine-informa. Il suo principale obiettivo è promuovere lo sviluppo e la diffusione di contributi scientifici relativi alla teoria, all’ambito clinico-assistenziale, alla formazione, all’organizzazione e ad altri ambiti di interesse disciplinare.

L’invito è rivolto a tutte le colleghe ed i colleghi infermieri ed ostetriche, studentesse e studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica.

“Nella ricerca scientifica né il grado di intelligenza né la capacità di eseguire e portare a termine il compito intrapreso sono fattori essenziali per la riuscita e per la soddisfazione personale. Nell’uno e nell’altro contano maggiormente la totale dedizione e il chiudere gli occhi davanti alle difficoltà”. (Rita Levi-Montalcini, 1994).

CALL FOR PAPERS

La scadenza per l'invio dell'abstract è il **15.11.2025**,
che potrete inviare all'indirizzo redazione@opimacerata.it.
Di seguito potete prendere visione delle norme editoriali
consultabili anche sul sito dell'OPI di Macerata.



NORME EDITORIALI

MANOSCRITTI:

I manoscritti devono essere presentati in italiano, eventuali parole straniere se non italianizzate vanno riportate in corsivo, essi possono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'appeal del lavoro.

Le pagine devono essere numerate in maniera consecutiva.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo, (b) il nome per esteso e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei Parole-Chiave e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (rassegne, interviste, commenti, saggi).

I manoscritti non devono superare le 2000 parole.

NOTE A PIÈ DI PAGINA:

Nel manoscritto possono essere inserite delle note a piè di pagine, richiamate nel testo con il numero arabo attaccato alla parola e prima dell'eventuale segno d'interpunzione. Si suggerisce di utilizzare le note solo se realmente necessarie e come note esplicative al testo. Tutti i richiami bibliografici vanno inseriti nei riferimenti bibliografici.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

I richiami bibliografici nel testo devono essere indicati tra parentesi tonde, **riportando solo il cognome dell'autore** (quando sono solo due, i cognomi vanno separati dalla “e”, quando sono invece più di due, riportare solo il nome del primo autore, seguito da et al.).

I riferimenti bibliografici vanno poi riportati alla fine del manoscritto, **in ordine alfabetico e senza numerazione**.

I cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori (quando sono più di tre, riportare solo i nomi dei primi tre autori, seguiti da et al.), il titolo dell'articolo in corsivo, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagina dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

ARTICOLI DI GIORNALI:

Epstein O, De Villers D, Jain S et al. Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Libri: *Blumberg BS. The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Scaffener F, Eds. Progress in Liver Disease. Vol. IV. Grune and Stratton, New York and London 1972, pp. 367-9.*

TABELLE & FIGURE:

Le **TABELLE** devono essere **numerate consecutivamente con numeri romani** e devono essere consegnate su file separati in formato .doc o .rtf.

Le **FIGURE** devono essere **numerate consecutivamente con numeri arabi** e devono essere presentate anch'esse su file separati in formato .jpeg o .tiff con definizione di 300 dpi, accompagnate da esplicite legende con definizioni di tutti i simboli ed abbreviazioni usati. Qualora i file dovessero essere di bassa definizione o scarsa qualità, la redazione si riserva di comunicarlo agli autori, in modo che vengano riforniti. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, dovrà essere richiesta l'autorizzazione e indicata chiaramente la fonte in legenda, specificando se è stata riproposta in originale oppure modificata.

RINGRAZIAMENTI:

I ringraziamenti devono essere riportati in fondo allo stesso file dell'articolo.

AUTORI:

Nel caso di più autori, specificare se questi desiderano che sia indicato in cima al manoscritto il ruolo di ciascuno nel lavoro (es: ricercatore principale, autore senior, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente).



MANOSCRITTI RIVEDUTI E BOZZE:

I manoscritti verranno **rinviiati agli autori con i commenti dei referees** e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore.

COPYRIGHT: ©

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo **rimangono di proprietà dell'OPI di Macerata e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto.**

Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): ***“I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) all'OPI di Macerata, nel caso il manoscritto sia pubblicato sulla rivista 'L'Ordine Informa'. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale”.***

INDIRIZZO PER INVIO DEI MANOSCRITTI:

Il lavoro e tutta la documentazione vanno inviati in **formato .doc** all'indirizzo e-mail **redazione@opimacerata.it**.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di MACERATA (OPI)

Corso Cavour, 96 Macerata - Tel: 0733/233051 Fax : 0733/269863 - email:

info@opimacerata.it - PEC : macerata@cert.ordine-opi.it

a cura del Comitato Scientifico