



RIVISTA SCIENTIFICA

L'ORDINE INFORMA

LE FRONTIERE
NELLA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA

Il periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE n. 11 ANNO VI
GENNAIO / LUGLIO 2026

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

Autorizzazione Tribunale di Macerata n. 469 del 06.10.2001
Editore **OPI** Macerata - Via Cavour, n. 96
Email per collaborazioni: redazione@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.ssa **Alessia Diamanti**

Dott. **Andrea Crognalotti**

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 **Marinela Gjoshevska**

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

UNA 'LUCE' ALLA RIVISTA

L'Ordine Informa è lieto di presentarti il suo **LOGO**.

Il logo creato è stato pensato per riempire di significato la nostra mission e il valore insito nella nostra professione. Esso nasce dal connubio tra tradizione, identità e progresso.

Ogni elemento è stato scelto con cura per evocare i valori fondamentali dell'assistenza infermieristica e il ruolo centrale dell'Ordine.

Esso richiama le iniziali del titolo della Rivista "**OI**", con un cenno al logo della FNOPI perché la nostra è una **Rivista Scientifica Infermieristica**. Racchiude al centro una **Lanterna**, che offre un senso di guida, illuminazione e speranza, nonché simbolo universale della nostra fondatrice Florence Nightingale, perché le origini guidano sempre il futuro.

L'appartenenza all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, come illustrato, evidenzia il solido legame con il territorio e l'impegno per la crescita e il supporto. Sullo sfondo, le mani che accolgono e proteggono evocano un simbolismo cardine che rimanda all'assistenza e alla cura.

Il contrasto tra il testo in stile classico e gli elementi grafici, che richiamano con vigore la professione dell'Infermiere, aggiungono un tocco di eleganza e modernità.

Il titolo della rivista, le tonalità cromatiche e la semplicità iconografica, consolidano l'identità della Rivista per pubblicazione Scientifica Infermieristica locale ma con un respiro universale, dedicata alla divulgazione, formazione e crescita costante.

Con un nuovo logo si inaugurano nuovi traguardi.

Questo non è solo un simbolo grafico, ma un'espressione visiva dell'intento della Rivista: illuminare la conoscenza, promuovere la Ricerca Scientifica Infermieristica e favorire la robustezza della professione. **È un invito alla comunità infermieristica e scientifica a sentirsi parte attiva di un progetto condiviso di crescita culturale e professionale.**



A cura di Martina Cupaiolo

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**.



UNA NUOVA VESTE GRAFICA, CONTENUTI AGGIORNATI DI RICERCA
E LA VOLONTA' DI COMUNICARE E MIGLIORARE SEMPRE
LA NOSTRA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

INDICE DEI CONTENUTI

"FRONTIERE"

L'Editoriale a cura di *Sandro di Tuccio*

1

I. NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI: EVOLUZIONE ED INNOVAZIONE

A cura di Arianna Mancini

4

II. CURE DI PROSSIMITÀ E FUNDAMENTALS OF CARE: MODELLI, EVIDENZE E PROSPETTIVE PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

A cura di Alessia Diamanti

8

III. METODI STRUTTURATI DI PASSAGGIO DI CONSEGNE NEL PRONTO SOCCORSO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Autori: Sergio Buresta, Matteo Renzi,
Serena Filipponi, Nicolò Capozucca

13

OLTRE LA CORSIA: L'EVOLUZIONE DELL'INFERMIERE CONSULENTE IBLCL NEL SUPPORTO ALL'ALLATTAMENTO

Intervista alla *Dott.ssa Ludovica Onofri* a cura di Andrea Crognaletti

16

IV. L'ESPERIENZA INFERMIERISTICA UMANITARIA A BORDO DELLA LIFE SUPPORT DI EMERGENCY: STUDIO QUALITATIVO FENOMENOLOGICO

Autori: Lucia Giuliani, Gessica Angelini, Francesca Ciarpella,
Simona Tufoni, Fabio Sarzana, Giordana Ficcadenti

21

V. EVOLUZIONE STORICA E PROSPETTIVE DELL'INFERMIERE NEL 2026

Autori: Rinaudo Claudio, Maria Grazia Maio Masci,
Arianna Pasquaretta

25

VI. CONSENSO INFORMATO: NON SULL'ATTO TERAPEUTICO MA SULLA PERSONA

Autori: Lucia Giuliani, Raffaele Volpe

30

° CALL FOR
PAPERS °



33

L'OI
RIVISTA SCIENTIFICA
**L'ORDINE
INFORMA**

GLI STRUMENTI
E LE MATERIE
NELLA FORMAZIONE
INFERMIERISTICA

Il periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE n. 10 ANNO V
LUGLIO / DICEMBRE 2025

Amministrazione Tribunale di Macerata n. 405 del 06.10.2001
Editore OPI Macerata - Via Cavour, n. 30
Email per collaborazioni: ordinemac@opimacerata.it

OPI MACERATA



Siamo
su
INSTAGRAM!



La pagina dell'OPI di Macerata
sarà sempre più ricca di contenuti
inerenti la professione, le novità
più attuali, articoli di ricerca e
temi di aggiornamento.

Vai subito all'indirizzo: L' **OrdineInforma**



Segui la pagina, le news e partecipa ai sondaggi interattivi!



Buona Estate

2026



dall'OPI di Macerata

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





Dott. di Tuccio Sandro

PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEGLI
INFERMIERI DI
MACERATA

"Frontiere"

L'Editoriale



PANORAMICA



La parola "frontiera" evoca immediatamente l'idea di un confine, di una linea di separazione tra territori, discipline o condizioni. Tuttavia, nella sua accezione più profonda e contemporanea, la frontiera non è soltanto un limite, ma uno spazio dinamico di transizione, incontro e trasformazione. È proprio in questo spazio che oggi si colloca la professione infermieristica, chiamata a confrontarsi con cambiamenti rapidi e complessi che ridefiniscono continuamente il significato stesso di cura.

Nel contesto attuale, segnato da trasformazioni demografiche, sociali e tecnologiche senza precedenti, le frontiere della salute si sono moltiplicate. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, la crescente fragilità sociale, le migrazioni e le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari rappresentano solo alcune delle sfide che i -

- sistemi sanitari devono affrontare. In questo scenario, l'infermiere si trova sempre più spesso a operare non su un unico fronte, ma su molteplici frontiere simultanee.

La prima di queste è la **frontiera della ricerca infermieristica**. Per lungo tempo, la professione è stata identificata principalmente con la dimensione operativa dell'assistenza. Oggi, invece, la ricerca rappresenta un pilastro fondamentale per lo sviluppo disciplinare e professionale. Essa consente di produrre evidenze, migliorare gli esiti assistenziali, orientare le decisioni cliniche e organizzative e contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Le aree di indagine si sono notevolmente ampliate: dalla gestione della cronicità all'assistenza territoriale, dalla sicurezza delle cure alla qualità della vita dei pazienti, fino agli studi sugli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, sullo staffing e sul benessere organizzativo. Questi ambiti non sono -

- astratti o lontani dalla pratica quotidiana, ma emergono direttamente dall'esperienza concreta dei professionisti nei diversi contesti di cura.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato un punto di svolta, evidenziando in modo inequivocabile il ruolo cruciale della ricerca e della produzione di conoscenza infermieristica. Essa ha mostrato come le decisioni cliniche e organizzative debbano essere sempre più basate su evidenze solide e come la capacità di osservare, analizzare e interpretare i fenomeni assistenziali sia parte integrante della competenza professionale.

In questo senso, la ricerca non può essere considerata un'attività riservata a pochi specialisti, ma una dimensione che dovrebbe permeare l'intera professione. Ogni infermiere, nel proprio agire quotidiano, contribuisce – anche inconsapevolmente – alla costruzione di conoscenza attraverso l'osservazione dei bisogni, la valutazione degli esiti e la riflessione critica sulla pratica.

Accanto alla frontiera della ricerca si colloca la **frontiera socio-culturale**, forse ancora più complessa e sfaccettata. I contesti di cura contemporanei sono attraversati da una pluralità di culture, valori, lingue e condizioni sociali che richiedono una crescente capacità di comprensione e adattamento. L'infermiere è spesso il primo professionista sanitario a entrare in contatto con la persona e la sua storia di vita, e per questo motivo assume un ruolo decisivo nella lettura dei bisogni globali dell'individuo.

La frontiera socio-culturale non riguarda soltanto la multiculturalità in senso stretto, ma anche le nuove forme di vulnerabilità che caratterizzano le società contemporanee: la solitudine degli anziani, il disagio giovanile, le dipendenze, le fragilità psicologiche, la marginalità economica e sociale. Questi fenomeni richiedono una visione della cura -

- che vada oltre la dimensione biomedica, per abbracciare una prospettiva olistica centrata sulla persona.

In questo quadro, la capacità di ascolto, empatia e relazione diventa una competenza professionale essenziale. La tecnologia e le procedure, pur fondamentali, non sono sufficienti a garantire una presa in carico efficace se non sono integrate da una relazione autentica e rispettosa della dignità della persona assistita. La cura, infatti, è sempre un incontro tra due umanità.

Un'ulteriore frontiera è rappresentata dall'innovazione tecnologica.

Digitalizzazione, telemedicina, intelligenza artificiale e sistemi di supporto decisionale stanno trasformando profondamente l'organizzazione dei servizi sanitari e le modalità di lavoro. Questi strumenti offrono grandi opportunità in termini di efficienza, accessibilità e sicurezza, ma pongono anche interrogativi etici e professionali rilevanti.

La sfida non è tecnologica in sé, ma culturale: integrare l'innovazione senza perdere la centralità della persona. Nessun algoritmo potrà mai sostituire la responsabilità clinica, il giudizio professionale e la relazione di cura che caratterizzano l'agire infermieristico. La tecnologia deve essere uno strumento al servizio della cura, non un suo sostituto.

Le frontiere organizzative rappresentano un ulteriore ambito di riflessione. La carenza di personale, l'aumento dei carichi di lavoro e la crescente complessità assistenziale impongono una revisione dei modelli organizzativi e una valorizzazione delle competenze avanzate infermieristiche. Investire sugli infermieri significa investire sulla qualità e sulla sostenibilità dell'intero sistema sanitario.

In questo contesto, diventa fondamentale promuovere ambienti di lavoro sani, capaci di favorire il benessere professionale e di prevenire il burnout. Il benessere degli -

- operatori non è un elemento accessorio, ma una condizione necessaria per garantire la sicurezza e la qualità delle cure.

Abitare le frontiere, per la professione infermieristica, significa dunque accettare la complessità senza semplificazioni e affrontare il cambiamento come opportunità di crescita. Significa mantenere saldo il nucleo etico e valoriale della professione, pur evolvendo nelle competenze e nei modelli di intervento.

Le frontiere non devono essere percepite come barriere, ma come ponti.

Ponti tra ricerca e pratica, tra scienza e umanità, tra istituzioni e cittadini, tra innovazione e tradizione. In questo senso, l'Ordine professionale assume un ruolo strategico come spazio di confronto, crescita culturale e valorizzazione della professione.

La sfida che abbiamo di fronte non è soltanto quella di attraversare le frontiere, ma di trasformarle in luoghi generativi di senso, conoscenza e cura. Perché è proprio lì, in questi spazi di confine e di incontro, che si costruisce il futuro dell'infermieristica e, più in generale, della salute delle nostre comunità.

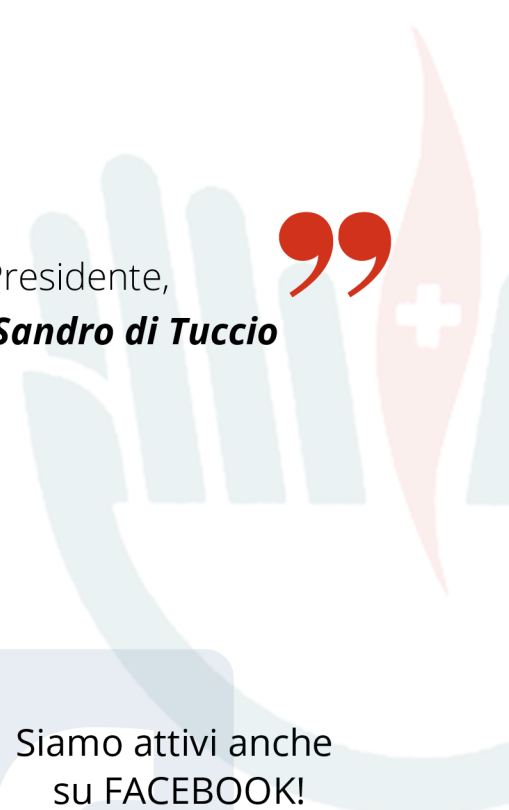
Per una rivista sempre in evoluzione,
social in costante aggiornamento:

Seguici sulla
pagina INSTAGRAM:
L' OrdineInforma



Siamo attivi anche
su FACEBOOK!
Ordine Macerata

Il Presidente,
Sandro di Tuccio



NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI: EVOLUZIONE ED INNOVAZIONE

A cura di **Dott.ssa Arianna Mancini**

Funzione Organizzativa - UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, AST Fermo

Per corrispondenza: ariannamancini1991@libero.it

SOMMARIO BREVE

L'evoluzione dei modelli assistenziali infermieristici introduce innovazioni organizzative e tecnologiche orientate alla centralità del paziente, alla continuità delle cure e al miglioramento della qualità assistenziale, valorizzando il ruolo fondamentale dell'infermiere nei contesti sanitari moderni.

SOMMARIO ESTESO

L'evoluzione dei modelli assistenziali infermieristici rappresenta una risposta concreta ai cambiamenti demografici, epidemiologici e organizzativi che caratterizzano i sistemi sanitari contemporanei. L'aumento delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione e la crescente complessità dei bisogni di salute hanno favorito lo sviluppo di approcci innovativi centrati sulla persona, sulla continuità assistenziale e sull'integrazione multiprofessionale. I nuovi modelli assistenziali valorizzano il ruolo dell'infermiere come professionista autonomo, responsabile della pianificazione, gestione e valutazione dell'assistenza, promuovendo interventi personalizzati e basati sulle evidenze scientifiche. Tra le principali innovazioni emergono l'assistenza territoriale, la telemedicina, il case management, il primary nursing e l'impiego delle tecnologie digitali per il monitoraggio e la comunicazione con il paziente. Tali modelli migliorano la qualità delle cure, aumentano la sicurezza del paziente e favoriscono una maggiore efficienza organizzativa. Inoltre, l'umanizzazione dell'assistenza e la partecipazione attiva della persona assistita costituiscono elementi fondamentali del processo di innovazione infermieristica. L'obiettivo del presente elaborato è analizzare l'evoluzione dei modelli assistenziali infermieristici, evidenziandone caratteristiche, vantaggi e prospettive future nel contesto sanitario attuale.

Parole chiave: *assistenza infermieristica, primary nursing, intensità di cura*

PREMESSA

Negli ultimi anni, l'evoluzione dei sistemi sanitari e l'aumento della complessità assistenziale hanno determinato la necessità di sviluppare -

- nuovi modelli organizzativi infermieristici basati su evidenze scientifiche, continuità delle cure e centralità della persona. L'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle patologie croniche e la crescente domanda di assistenza territoriale -

richiedono approcci innovativi capaci di garantire qualità, sicurezza ed efficacia degli interventi sanitari (*World Health Organization*).

La letteratura scientifica internazionale evidenzia come il ruolo infermieristico rappresenti un indicatore determinante della qualità dei servizi sanitari. Studi condotti da Aiken LH et al, dimostrano che un adeguato rapporto infermiere-paziente è associato a una significativa riduzione della mortalità ospedaliera, degli eventi avversi, delle infezioni correlate all'assistenza e delle riospedalizzazioni (*Aiken LH et al*). Parallelamente, livelli più elevati di competenza infermieristica favoriscono una maggiore sicurezza del paziente, una migliore adesione terapeutica e un incremento della soddisfazione dell'utente e della famiglia.

Ulteriori evidenze dimostrano che l'adozione di modelli assistenziali innovativi, come il Primary Nursing, il Case Management, il Chronic Care Model e l'assistenza territoriale integrata, migliora la continuità delle cure e la presa in carico globale della persona, soprattutto nei pazienti cronici e fragili (*WHO*). Tali modelli promuovono una gestione personalizzata dell'assistenza, riducendo accessi impropri ai servizi di emergenza e ricoveri ospedalieri evitabili.

Anche l'introduzione della telemedicina e delle tecnologie digitali ha prodotto risultati positivi documentati dalla ricerca scientifica, favorendo il monitoraggio a distanza, l'educazione sanitaria e l'autogestione del paziente. In questo contesto, l'infermiere assume un ruolo strategico nella gestione dei percorsi assistenziali, nell'educazione terapeutica e nel coordinamento interdisciplinare (*FNOPi*).

Nel contesto italiano, le evidenze nazionali sottolineano il ruolo strategico dell'infermiere nel miglioramento della qualità dei servizi sanitari e nella gestione della continuità assistenziale. Anche la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, evidenzia come l'evoluzione dei modelli assistenziali infermieristici debba essere orientata all'autonomia professionale, all'assistenza basata sulle evidenze scientifiche e all'umanizzazione delle cure (*FNOPi*). L'introduzione di modelli organizzativi innovativi, favorisce una gestione più efficace dei percorsi assistenziali, migliorando la continuità delle -

- e la qualità percepita dai pazienti. L'assistenza infermieristica rappresenta uno dei pilastri fondamentali dei sistemi sanitari moderni, contribuendo in modo significativo alla qualità, alla sicurezza e alla continuità delle cure.

Le evidenze scientifiche confermano inoltre che l'applicazione dell'Evidence Based Nursing migliora l'appropriatezza clinica, l'efficacia degli interventi assistenziali e l'utilizzo delle risorse sanitarie, contribuendo allo sviluppo di servizi più efficienti, sicuri e orientati ai bisogni della popolazione (*Gormley e Connolly*).

DESCRIZIONI

L'aumento dell'aspettativa di vita, la crescente prevalenza delle patologie cronico-degenerative e la complessità dei bisogni assistenziali hanno reso necessario il superamento dei tradizionali modelli organizzativi basati sulla frammentazione delle attività, favorendo l'adozione di approcci centrati sulla persona e orientati alla continuità assistenziale (*Manthey; Marquis e Huston*). In tale prospettiva, l'infermiere assume un ruolo sempre più autonomo e responsabile nella pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza.

La letteratura internazionale evidenzia come modelli quali il Primary Nursing, il Team Nursing e il Case Management siano associati a migliori esiti clinici, maggiore soddisfazione dei pazienti e ottimizzazione delle risorse sanitarie (*Dubois et al; Lor et al.*). Parallelamente, l'evoluzione delle competenze professionali ha favorito lo sviluppo dell'Advanced Practice Nursing, caratterizzato da funzioni cliniche avanzate e da una crescente partecipazione ai processi decisionali e di coordinamento delle cure (*International Council of Nurses*).

Negli ultimi anni, inoltre, l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione dei servizi sanitari hanno promosso la diffusione di nuove modalità assistenziali, quali il telemonitoraggio, la teleassistenza e la sanità digitale, strumenti che si sono dimostrati particolarmente utili nella gestione dei pazienti cronici e fragili (*WHO*). In Italia, il rafforzamento dell'assistenza territoriale previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (*PNRR*) ha ulteriormente valorizzato -

- la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, considerato un professionista chiave per la promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico della popolazione sul territorio (FNOPI).

Dall'analisi della letteratura emerge una significativa evoluzione dei modelli assistenziali infermieristici negli ultimi decenni, caratterizzata dal progressivo passaggio da un'organizzazione dell'assistenza centrata sui compiti a modelli orientati alla presa in carico globale della persona assistita. Gli studi esaminati evidenziano come il modello del Primary Nursing favorisca una maggiore continuità assistenziale, un incremento della soddisfazione dei pazienti e un miglioramento degli esiti clinici grazie all'attribuzione della responsabilità assistenziale a un infermiere di riferimento (Manthey). Particolare rilevanza assume il modello del Primary Nursing, sviluppato da Manthey negli anni Sessanta e oggi considerato uno dei principali modelli organizzativi orientati alla centralità della persona assistita (Manthey). Secondo la revisione sistematica condotta da Gonçalves et al, il Primary Nursing consente all'infermiere di acquisire una conoscenza approfondita del paziente e della sua famiglia, garantendo la pianificazione e il coordinamento dell'assistenza dall'ammissione alla dimissione. Lo studio evidenzia come questo modello sia associato a migliori esiti sensibili all'assistenza infermieristica, in particolare per quanto riguarda la sicurezza del paziente e la soddisfazione rispetto alle cure ricevute. Inoltre, gli studi inclusi nella revisione hanno documentato una riduzione di eventi avversi quali cadute, lesioni da pressione e infezioni correlate all'assistenza nelle unità operative che adottano il modello del Primary Nursing (Gonçalves et al).

La presenza di un infermiere responsabile della presa in carico favorisce la continuità assistenziale, migliora la comunicazione tra professionisti e riduce la frammentazione delle cure, aspetti considerati fondamentali per garantire un'assistenza centrata sulla persona (Manthey). La letteratura sottolinea inoltre come i pazienti manifestino livelli più elevati di soddisfazione quando identificano chiaramente un infermiere di riferimento responsabile del -

- proprio percorso assistenziale, percependo maggiore sicurezza, disponibilità e qualità delle informazioni ricevute (Gonçalves et al). Parallelamente, il modello contribuisce ad aumentare l'autonomia professionale, la responsabilizzazione clinica e il coinvolgimento decisionale degli infermieri, elementi associati a una migliore qualità dell'assistenza e a una maggiore efficacia organizzativa (Marquis e Huston). Nel complesso, le evidenze disponibili suggeriscono che il Primary Nursing rappresenti uno dei modelli assistenziali maggiormente coerenti con i principi della presa in carico personalizzata, della continuità delle cure e della qualità assistenziale, risultando particolarmente adatto alla gestione dei bisogni complessi che caratterizzano l'attuale contesto sanitario (Gonçalves et al). Analogamente, il Team Nursing continua a rappresentare un modello efficace nei contesti caratterizzati da elevata complessità assistenziale, promuovendo la collaborazione multidisciplinare e la condivisione delle competenze professionali (Marquis e Huston). La letteratura evidenzia inoltre il crescente sviluppo del Case Management infermieristico quale strategia organizzativa in grado di garantire il coordinamento dei percorsi di cura, in particolare nei pazienti affetti da patologie croniche e multimorbilità. Diversi studi riportano una riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, un miglior utilizzo delle risorse sanitarie e una maggiore integrazione tra ospedale e territorio grazie all'impiego dell'infermiere case manager (Powell e Tahan). Le evidenze scientifiche sottolineano il consolidamento del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, considerato una figura strategica per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e per garantire la continuità assistenziale sul territorio. Si mostra come tale modello contribuisca al miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari, alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie croniche e al supporto dei caregiver (FNOPI, WHO). L'innovazione tecnologica rappresenta un successivo elemento centrale. Numerosi studi documentano l'efficacia degli strumenti di teleassistenza, tele monitoraggio e sanità digitale nel migliorare il monitoraggio clinico dei pazienti, ridurre gli accessi impropri alle -

– strutture sanitarie e favorire una maggiore partecipazione della persona al proprio percorso di cura. Tali strumenti si sono dimostrati particolarmente utili nella gestione delle cronicità e nell'assistenza domiciliare, contribuendo a una maggiore sostenibilità dei sistemi sanitari (WHO).

Infine, la letteratura evidenzia una crescente diffusione dei modelli di Advanced Practice Nursing, nei quali gli infermieri con formazione avanzata assumono competenze specialistiche e responsabilità cliniche estese. Le evidenze mostrano un impatto positivo sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza delle cure e sull'efficienza organizzativa, soprattutto nei contesti caratterizzati da elevata complessità assistenziale e carenza di professionisti sanitari (*International Council of Nurses*).

CONCLUSIONI

L'evoluzione dei modelli assistenziali infermieristici rappresenta una risposta necessaria alle profonde trasformazioni che interessano i sistemi sanitari contemporanei. L'aumento delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione, la crescente complessità dei bisogni assistenziali e lo sviluppo delle tecnologie digitali hanno favorito il passaggio da modelli organizzativi tradizionali, orientati prevalentemente all'esecuzione di compiti, a modelli centrati sulla persona, sulla continuità delle cure e sull'integrazione multi professionale. L'implementazione dei nuovi modelli assistenziali richiede adeguati investimenti in termini di risorse umane, formazione continua, sviluppo delle competenze professionali e innovazione organizzativa. Essi, rappresentano un elemento strategico per il futuro dell'assistenza sanitaria. La loro diffusione può contribuire a migliorare la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e la sostenibilità dei sistemi sanitari, valorizzando al contempo il ruolo dell'infermiere come professionista centrale nei processi di presa in carico, coordinamento e continuità assistenziale.

Bibliografia

- Aiken LH, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 2014;
- Dubois CA, D'Amour D, Pomey MP, Girard F, Brault I. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement. *BMC Nursing*, 2013;
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. 2025. Disponibile al sito www.fnopi.it consultato in maggio 2026;
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. L'Infermiere di Famiglia e Comunità: il documento di posizionamento. 2020. Disponibile al sito www.fnopi.it, consultato in maggio 2026;
- Gonçalves I, Mendes DA, Caldeira S, Jesus É, Nunes, E. The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *Int J Environ Res Public Health*, 2023;
- Gormley E, Connolly M. The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. *Int J Nurs Stud Adv*, 2024;
- International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing. 2020 Disponibile I sito www.icn.it, consultato in maggio 2026;
- Lor M, Crooks N, Tluczek A. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nur Outlook*, 2016;
- Manthey, M. *The Practice of Primary Nursing*. Second edition, Relationship-based Resource driven Care Delivery, Creative health Care Management, 2012;
- Marquis BL, Huston CJ. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
- Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 77/2022 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. 2022, Roma. Disponibile al sito www.camera.it consultato in aprile 2026;
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Salute. 2021. Disponibile al sito www.pnrr.salute.gov.it consultato in aprile 2026;
- Powell SK, Tahan HA. *Case Management: A Practical Guide for Education and Practice*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
- World Health Organization. *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*. 2021, disponibile al sito www.who.int consultato in maggio 2026;
- World Health Organization. *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership*. 2020, disponibile al sito www.who.int consultato in maggio 2026.

CURE DI PROSSIMITÀ E FUNDAMENTALS OF CARE: MODELLI, EVIDENZE E PROSPETTIVE PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

A cura di: **Alessia Diamanti**

Infermiere AST 3, ADI Distretto Macerata

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

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni i sistemi sanitari hanno attraversato trasformazioni profonde, determinate da cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali, invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche e crescenti disuguaglianze nell'accesso alle cure (WHO, 2016). In questo contesto, le cure di prossimità emergono come paradigma innovativo orientato alla territorialità, alla continuità assistenziale e alla centralità della persona. Il presente contributo si configura come una revisione narrativa della letteratura che analizza in chiave critica i fondamenti teorici, i modelli organizzativi, le evidenze e le prospettive future delle cure di prossimità, evidenziandone il ruolo strategico nella costruzione di sistemi sanitari più equi, resilienti e sostenibili. Per lungo tempo, l'ospedale ha rappresentato il fulcro indiscusso dei sistemi sanitari moderni. Questo modello si è dimostrato estremamente efficace nella gestione delle patologie acute e delle emergenze, contribuendo in modo significativo all'aumento dell'aspettativa di vita. Tuttavia, il mutamento del quadro epidemiologico ha progressivamente messo in evidenza i limiti strutturali di questa organizzazione -

- (Starfield, 1998). Si tratta di ripensare radicalmente il concetto stesso di assistenza sanitaria, integrandolo con dimensioni sociali, relazionali e comunitarie (Kringos et al., 2013). Parallelamente, il concetto di Fundamental Care richiama l'attenzione sulla necessità di garantire una risposta integrata ai bisogni fondamentali della persona, includendo dimensioni fisiche, psicologiche e relazionali (Kitson et al., 2014). L'integrazione tra cure di prossimità e Fundamentals of Care rappresenta una nuova frontiera della cura, in grado di migliorare qualità, equità e sostenibilità dei sistemi sanitari (OECD, 2020).

CONTRIBUTI & DESCRIZIONI

Fondamenti teorici

Le cure di prossimità si fondano su un insieme di principi che riflettono una visione più ampia e complessa della salute. Non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come -

- risultato di un equilibrio dinamico tra fattori biologici, psicologici e sociali. Centralità della persona: questo approccio supera la visione paternalistica della medicina tradizionale, riconoscendo al paziente un ruolo attivo nel processo decisionale. La relazione di cura diventa così uno spazio di dialogo, in cui i bisogni, i valori e le preferenze della persona assumono un'importanza fondamentale (Epstein & Street, 2011).

Continuità assistenziale: le persone con patologie croniche necessitano di percorsi di cura integrati, che attraversano diversi livelli del sistema sanitario. La frammentazione dei servizi, ancora diffusa in molti contesti, rappresenta una barriera significativa alla qualità dell'assistenza (Haggerty et al., 2003).

Integrazione socio-sanitaria: numerosi studi hanno dimostrato come i determinanti sociali della salute — quali reddito, istruzione, condizioni abitative — influenzino in modo decisivo gli esiti sanitari (Marmot, 2005). Le cure di prossimità, proprio perché radicate nel territorio, sono in grado di intercettare tali dimensioni e di integrarle nei percorsi di cura.

Approccio comunitario: la salute non è più considerata un bene esclusivamente individuale, ma un fenomeno collettivo, che coinvolge reti formali e informali di supporto dove la comunità diventa un attore attivo del sistema di cura (Macinko & Starfield, 2002). Questi principi trovano una naturale estensione nel modello delle Fundamentals of Care, che propone una visione olistica dei bisogni della persona. Secondo questo approccio, i bisogni fisici, psicologici e relazionali sono interdipendenti e devono essere affrontati in modo integrato (Kitson et al., 2010). Il modello accentua inoltre il ruolo della relazione terapeutica, considerata un elemento essenziale della qualità dell'assistenza. La relazione tra professionista e paziente contribuisce non solo alla soddisfazione, ma anche agli esiti di salute (Epstein & Street, 2011).

Modelli organizzativi

Tradurre i principi delle cure di prossimità in pratica richiede modelli organizzativi innovativi e flessibili, capaci di adattarsi ai diversi contesti -

- territoriali orientando la cura verso la soddisfazione dei bisogni fondamentali. Le Case della comunità rappresentano uno degli esempi più significativi: strutture territoriali che offrono servizi integrati, riunendo in un unico spazio professionisti sanitari e sociali. Questo modello favorisce la collaborazione interdisciplinare e consente una presa in carico più efficace e personalizzata (Ministero della Salute, 2022). L'assistenza domiciliare costituisce un altro pilastro fondamentale. Portare la cura direttamente a casa del paziente non significa solo migliorare il comfort e la qualità della vita, ma anche ridurre il rischio di ospedalizzazioni inappropriate. Questo approccio si rivela particolarmente efficace nella gestione delle patologie croniche e nella cura delle persone anziane e fragili (Genet et al., 2011). Le cure domiciliari non sono solo un'estensione dell'ospedale, ma un setting assistenziale autonomo, nel quale la relazione, la fiducia e la personalizzazione dell'intervento infermieristico assumono un valore centrale (Capitani et al., 2024), contribuendo a migliorare la qualità percepita, sostenere l'autonomia delle persone fragili, favorire la deospedalizzazione e promuovere la sostenibilità del sistema sanitario (Bagnasco et al., 2025).

Servizi mobili e unità di prossimità, che consentono di raggiungere popolazioni difficilmente accessibili, come persone senza dimora o residenti in aree remote. Tali interventi contribuiscono a ridurre le disuguaglianze e a garantire un accesso più equo ai servizi (WHO, 2018).

La telemedicina: le tecnologie digitali assumono un ruolo sempre più importante, permettono di monitorare a distanza i pazienti, effettuare consulti e condividere informazioni cliniche in tempo reale. La pandemia di COVID-19 ha accelerato significativamente l'adozione di queste soluzioni, dimostrando il loro potenziale nel rafforzare i servizi territoriali (Keesara et al., 2020).

Evidenze scientifiche e impatto

L'efficacia delle cure di prossimità è supportata da un numero crescente di evidenze -

- scientifiche. Numerosi studi hanno dimostrato che sistemi sanitari fortemente orientati alla medicina territoriale sono associati a migliori esiti di salute e a una maggiore equità (*Kringos et al., 2013*).

Riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili: programmi di assistenza integrata, basati su una forte presenza territoriale, sono in grado di intercettare precocemente i bisogni dei pazienti, prevenendo complicanze e aggravamenti. Miglioramento della qualità della vita: l'assistenza domiciliare, in particolare, consente alle persone di rimanere nel proprio ambiente, mantenendo relazioni sociali e abitudini quotidiane, con effetti positivi sul benessere psicologico (*Genet et al., 2011*).

Efficienza dei sistemi territoriali: investire nella prevenzione e nella gestione precoce delle patologie consente di ridurre i costi legati a ricoveri e trattamenti complessi (*OECD, 2020*). Riduzione delle disuguaglianze: servizi accessibili e capillari contribuiscono a colmare il divario tra diverse fasce della popolazione (*WHO, 2016*). L'integrazione con le Fundamentals of Care rappresenta una strategia efficace per migliorare qualità ed efficienza dei servizi sanitari e rafforza ulteriormente questi risultati, evidenziando come la mancata soddisfazione dei bisogni fondamentali possa determinare esiti negativi, tra cui complicanze e insoddisfazione (*Kitson et al., 2013*).

Il ruolo dei professionisti sanitari

La transizione verso le cure di prossimità implica un cambiamento significativo nel ruolo dei professionisti sanitari. Non si tratta solo di acquisire nuove competenze tecniche, ma di sviluppare un diverso approccio alla cura. L'infermiere di famiglia o comunità (Ifoc) rappresenta una figura chiave in questo processo, integrato nelle cure domiciliari, è responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare, comunitario e favorisce l'integrazione tra servizi sanitari e sociali per rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione con l'obiettivo di mantenere le persone radicate nel proprio contesto di vita -

- anche in presenza di malattia, secondo una logica proattiva di prossimità e continuità. Questo professionista svolge un ruolo di raccordo tra i diversi servizi, promuovendo la continuità assistenziale e supportando i pazienti nel loro percorso di cura (*ICN, 2020*). Il ruolo dell'Ifoc diventa cruciale per coordinare interventi, attivare la rete dei servizi e garantire la continuità della cura, in coerenza con i principi di prossimità e umanizzazione promossi dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dai nuovi modelli organizzativi della sanità territoriale italiana. Il medico di medicina generale assume una funzione centrale, diventando il punto di riferimento per la gestione delle cronicità e per il coordinamento degli interventi. La sua capacità di conoscere il contesto di vita del paziente rappresenta un valore aggiunto fondamentale (*Starfield, 1998*). Team multidisciplinari: la complessità dei bisogni richiede la collaborazione tra diverse figure professionali, tra cui medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e operatori socio-sanitari. Questo metodo consente di affrontare i problemi in modo più completo ed efficace (*WHO, 2010*) ed è essenziale per garantire un approccio olistico e centrato sulla persona attraverso competenze relazionali avanzate e capacità di valutazione globale dei bisogni (*Kitson et al., 2014*).

Criticità e sfide

La carenza di risorse, sia in termini di personale che di finanziamenti: molti sistemi sanitari si trovano a operare in condizioni di forte pressione, che limitano la possibilità di investire nel territorio (*OECD, 2020*). Le resistenze culturali: il modello ospedalocentrico è ancora profondamente radicato, sia tra i professionisti che tra i cittadini. Cambiare questa mentalità richiede tempo, formazione e politiche adeguate (*Kringos et al., 2013*).

La frammentazione dei sistemi informativi costituisce un'ulteriore barriera, la mancanza di interoperabilità tra le diverse piattaforme rende difficile la condivisione delle informazioni e compromette la continuità assistenziale (*WHO, -*

- 2016). Inoltre, l'implementazione delle cure fondamentali richiede un cambiamento culturale significativo, con il riconoscimento del valore dei bisogni fondamentali nella pratica clinica (Kitson et al., 2014). Disuguaglianze territoriali significative: in molti paesi, la qualità e l'accesso ai servizi variano notevolmente tra diverse regioni, mettendo a rischio il principio di equità (Ministero della Salute, 2022). Nell'organizzazione dei servizi domiciliari, vincoli strutturali e carenze di risorse, possono compromettere la capacità di rispondere in modo uniforme ai bisogni di salute della popolazione. Allo stesso tempo si sottolinea la necessità di investire sullo sviluppo di competenze specifiche, sul coordinamento interprofessionale e sull'adozione di modelli organizzativi in grado di valorizzare la prossimità e la relazione come dimensioni centrali dell'assistenza infermieristica (Bagnasco et al., 2023).

Il contesto italiano

In Italia, le cure di prossimità rappresentano uno degli assi portanti delle recenti riforme del sistema sanitario. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto investimenti significativi per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, con particolare attenzione alla creazione delle Case della comunità e allo sviluppo della telemedicina (Ministero della Salute, 2022). Un elemento strategico è rappresentato dalla digitalizzazione, in particolare attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, che consente di migliorare la condivisione delle informazioni e la continuità delle cure (Agenas, 2021).

Tuttavia, la realizzazione di questi obiettivi richiede un impegno coordinato tra istituzioni, professionisti e cittadini. Le differenze regionali rappresentano una sfida importante, ma anche un'opportunità per sperimentare modelli innovativi e adattati ai diversi contesti, migliorando qualità ed equità dei servizi.

Prospettive future

L'integrazione tra cure di prossimità e Fundamentals of Care rappresenta una nuova frontiera della cura. Le cure di prossimità ridefiniscono l'organizzazione dei servizi, mentre le Fundamentals of Care riformulano il contenuto dell'assistenza. Questa unione consente di superare modelli frammentati e di promuovere un approccio olistico e centrato sulla persona (WHO, 2016). Guardando al futuro, le cure di prossimità appaiono destinate a svolgere un ruolo sempre più centrale. La medicina personalizzata, supportata dalle tecnologie digitali e dall'intelligenza artificiale, permetterà di sviluppare interventi sempre più mirati ed efficaci (Topol, 2019). L'empowerment del paziente rappresenterà un altro elemento chiave. Coinvolgere attivamente le persone nella gestione della propria salute non solo migliora gli esiti, ma contribuisce anche alla sostenibilità del sistema (Epstein & Street, 2011). Le comunità locali saranno sempre più protagoniste, attraverso reti di supporto e iniziative di promozione della salute (WHO, 2018). Infine, le cure di prossimità offriranno una risposta concreta alle sfide della sostenibilità economica, contribuendo a ottimizzare l'uso delle risorse e a ridurre gli sprechi (OECD, 2020). Tuttavia, il successo di questo modello dipende dalla capacità di integrare politiche, formazione e innovazione organizzativa.

CONCLUSIONI

Il passaggio verso un modello basato sulle cure fondamentali nell'assistenza infermieristica di prossimità rappresenta una trasformazione profonda, che coinvolge non solo l'organizzazione dei servizi, ma anche i valori e le pratiche della medicina, un'opportunità per rendere visibile l'essenza stessa dell'infermieristica di comunità, restituendo dignità e valore a quelle cure spesso considerate "ordinarie", ma che costituiscono la trama più autentica della relazione di cura. (Arcadi et al. 2026). Tuttavia, il successo di questo modello connected care (in cui medicina e comunità sono snodi centrali del percorso -

dei cittadini e dei pazienti sia per le attività di gestione delle cronicità sia per quelle di prevenzione) dipenderà dalla capacità di affrontare le criticità esistenti e di promuovere un cambiamento culturale diffuso. Le cure di prossimità offrono una risposta concreta alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, dalle patologie croniche e dalle disuguaglianze sociali, promuovendo un modello di cura più equo e sostenibile (WHO, 2016). Perchè questo paradigma possa affermarsi pienamente, è necessario un impegno condiviso tra istituzioni, professionisti e cittadini, orientato alla costruzione di un sistema sanitario più vicino alle persone e ai loro bisogni.

BIBLIOGRAFIA

- Agenas (2021). Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.
- Arcadi P, Maiandi S, Martinato M, Sorrenti A, Maliziola C, Demarchi A, et al. (2026). Le cure fondamentali nell'assistenza infermieristica domiciliare: protocollo di studio qualitativo (FOC_DOM). *L'Infermiere*, 63(1).
- Bagnasco, A., Costamagna, G., Bagnato, S., Do Nascimento, A., Ghironi, E., Testa, O., Stuardi, M., Ricotti, A., Sperlinga, R., Di Nitto, M., Catania, G. & Sasso, L. (2025). Integration of the Fundamentals of Care Framework into the clinic (the CONFORM study): A quasi-experimental pre-post implementation study protocol. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 66(2).
- Capitani, N., Rasero, L., Longobucco, Y., Magi, C.E., Iovino, P., Bambi, S. & Calamassi, D. (2024). Highlanders: a qualitative study to explore the experiences of home care nurses in rural areas in Italy. *Infermieristica Journal*.
- Epstein, R.M., & Street, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*.
- Genet, N. et al. (2011). Home care across Europe. WHO Europe.
- GIMBE (2022). Il PNRR e la sanità territoriale.
- Haggerty, J.L. et al. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*.
- ICN (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. International Council of Nurses.
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and health care's digital revolution. *NEJM*.
- Kitson, A., Conroy, T., Wengström, Y., Profetto-McGrath, J. & Robertson-Malt, S. (2010) et al. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4).
- Kringos, D.S. et al. (2013). The strength of primary care in Europe. *BMC Health Services Research*.
- Macinko, J., & Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*.
- Ministero della Salute (2022). DM 77/2022: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.
- OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs*. Oxford University Press.
- Topol, E. (2019). *Deep Medicine*. Basic Books.
- WHO (2010). Framework for action on interprofessional education.
- WHO (2016). Framework on integrated, people-centred health services.
- WHO (2018). Primary health care: transforming vision into action..

METODI STRUTTURATI DI PASSAGGIO DI CONSEGNE NEL PRONTO SOCCORSO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Autori: **Sergio Buresta** [A], **Matteo Renzi** [B],
Serena Filippini [A], **Nicolò Capozucca** [A]

[A] Infermiere U.O. Pronto Soccorso Macerata, AST Macerata

[B] Infermiere PPI San Severino Marche, AST Macerata

Per corrispondenza: sergio.buresta89@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Revisione sull'efficacia dei metodi strutturati di passaggio di consegne in emergenza-urgenza per il miglioramento della comunicazione e della sicurezza del paziente.

Parole chiave: *Passaggio di consegne, SBAR, ISOBAR, triage, Pronto Soccorso, sicurezza del paziente.*

SOMMARIO ESTESO

Premessa. Il passaggio di consegne nel Pronto Soccorso è un momento critico; errori o omissioni nel trasferimento informativo possono compromettere la sicurezza delle cure. La standardizzazione tramite strumenti come SBAR e ISOBAR mira a migliorare la qualità dell'handover.

Materiali e Metodi. È stata condotta una revisione su PubMed utilizzando una stringa di ricerca focalizzata sui metodi strutturati in area critica. Sono stati identificati 23 studi, ridotti a 16 dopo l'applicazione del filtro decennale; di questi, 9 sono stati inclusi nella sintesi finale.

Risultati. I metodi strutturati migliorano la completezza del trasferimento informativo, la ritenzione dei dati e la sicurezza del paziente. Studi recenti evidenziano come l'aderenza ai protocolli riduca drasticamente gli errori clinici, sebbene l'efficacia dipenda dalla qualità dell'implementazione e dalla formazione.

Conclusioni. Gli strumenti standardizzati sono efficaci nel migliorare la comunicazione in Pronto Soccorso. Tuttavia, il loro impatto reale è mediato dall'integrazione organizzativa e dalla chiarezza dei ruoli professionali.

PREMESSA

Il passaggio di consegne tra professionisti sanitari costituisce uno dei momenti più delicati del percorso assistenziale in area di emergenza-urgenza. Nel Pronto Soccorso, a partire dalla fase di triage, la necessità di trasferire rapidamente informazioni cliniche essenziali, spesso in condizioni di elevata pressione assistenziale, espone il processo al rischio di omissioni e incomprensioni. La qualità della comunicazione rappresenta un elemento centrale per la sicurezza del paziente (*The Joint Commission 2012*). Errori e ambiguità durante il patient handover possono compromettere gravemente la continuità assistenziale (*Abdellatif et al. 2007*). Una revisione sistematica ha evidenziato come un handover inadeguato sia associato a errori diagnostici e terapeutici, sottolineando la centralità della formazione e della qualità dell'implementazione (*Desmedt et al. 2021*). Per ridurre tali criticità, la letteratura ha proposto l'adozione di strumenti standardizzati come SBAR e ISOBAR. Scopo della presente revisione è analizzare le evidenze disponibili su tali metodi nel Pronto Soccorso, con particolare attenzione alla fase di triage e alle successive transizioni assistenziali.

MATERIALI & METODI

È stata condotta una revisione della letteratura su PubMed. La ricerca è stata eseguita utilizzando una stringa comprensiva di termini relativi a handover, triage, emergency department e strumenti strutturati. Sono stati identificati 23 record complessivi. Dopo l'applicazione del filtro temporale relativo agli ultimi dieci anni, sono rimasti 16 articoli, valutati per pertinenza tramite screening di titolo e abstract. Sono stati inclusi studi primari riguardanti il passaggio di consegne nel contesto dell'emergenza-urgenza. Sono stati esclusi i lavori non pertinenti al contesto, gli studi secondari e i lavori privi di riferimento a strumenti strutturati. Al termine della selezione, 9 studi sono stati inclusi nella sintesi finale.

RISULTATI

I 9 studi inclusi comprendono trial di implementazione e studi osservazionali. Un primo gruppo evidenzia il ruolo della standardizzazione nella qualità informativa. Nel trial COPTER, l'adozione di ISOBAR ha migliorato l'efficienza del trasferimento delle informazioni e ridotto il numero di domande successive alla consegna (*Nuernberger et al. 2025*). Risultati analoghi sono stati osservati in ambito pediatrico, con un aumento delle informazioni chiave ricordate dagli operatori (*Bietke et al. 2025*). Nel contesto infermieristico, modelli modificati di handover hanno mostrato risultati superiori allo SBAR tradizionale in termini di clima di lavoro e qualità percepita (*Alizadeh-Risani et al. 2024*). Un secondo gruppo di studi analizza gli esiti di sicurezza. (*Toghian Chaharsoughi et al. 2025*) hanno osservato una significativa riduzione del numero di errori clinici dopo l'introduzione dello SBAR. Analogamente, l'uso di audit e checklist ha migliorato gli indicatori di sicurezza (*Kazemi et al. 2025*). Tuttavia, criticità permangono nel passaggio tra territorio e ospedale: senza procedure strutturate, le consegne risultano spesso inefficaci e prolungate (*Vitale e Cannito 2020*), con ambiguità sul trasferimento della responsabilità (*Dúason et al. 2021*). Il bedside handover è percepito come efficace nel prevenire la perdita di dati (*Campbell e Dontje 2019*), sebbene la mera presenza al letto non garantisca sempre un maggior coinvolgimento del paziente (*Van Der Linden et al. 2026*).

CONCLUSIONI

I metodi strutturati di passaggio di consegne nel Pronto Soccorso sono strumenti utili per migliorare la sicurezza e la qualità comunicativa. I benefici sono evidenti nella riduzione degli errori e nella standardizzazione del processo. Tuttavia, l'efficacia appare dipendente dalle modalità di implementazione: senza formazione e audit, tali strumenti non esprimono appieno il potenziale. È auspicabile l'integrazione di questi modelli nei percorsi di miglioramento della qualità assistenziale delle aziende sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

Abdellatif A, Bagian JP, Barajas ER et al. Communication during patient hand-overs. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:439-42.

Alizadeh-Risani A, Mohammadkhah F, Pourhabib A et al. Comparison of the SBAR method and modified handover model on handover quality and nurse perception in the emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* 2024;23:585.

Bietke V, Lang S, Maass T et al. ISOBAR Implementation for Patient Handover Between Rescue Services and Pediatric Emergency Department Staff: The COPTER-PED Trial. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2025;7:100300.

Campbell D, Dontje K. Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project. *J Emerg Nurs* 2019;45:149-54.

Desmedt M, Ulenaers D, Grosemans J et al. Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2021;33:mzaa170.

Dúason S, Gunnarsson B, Svavarsdóttir MH. Patient handover between ambulance crew and healthcare professionals in Icelandic emergency departments: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2021;29:21.

Kazemi S, Hashemi S, Rahmani A et al. Investigating the impact of nursing shift change audit on the safety of emergency department patients. *Int Emerg Nurs* 2025;78:101551.

Nuernberger M, Lang S, Maass T et al. The Effects of an ISOBAR-Structured Patient Handover Conversation Between Rescue Services and Emergency Department Staff: The COPTER Trial. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2025;6:100011.

The Joint Commission. Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation. The Joint Commission, 2012.

Toghian Chaharsoughi N, Nasr-Esfahani M, Alikhah S et al. Investigating the impact of implementing structured patient handover through the SBAR model on clinical errors of nurses in the emergency department. *J Educ Health Promot* 2025;14:450.

Van Der Linden MC, Oueslati R, Lam AR et al. Perceived involvement in emergency department care: An observational study of nurse-led bedside shift handover. *Int Emerg Nurs* 2026;84:101739.

Vitale E, Cannito G. Observational study of the handover with the SBAR method at Bari Polyclinic complex. *Prof Inferm* 2020;73:27-32.



OLTRE LA CORSIA: L'EVOLUZIONE DELL'INFERMIERE CONSULENTE IBCLC NEL SUPPORTO ALL'ALLATTAMENTO

DOTT.SSA LUDOVICA ONOFRI

Intervista a cura di **Dott. Andrea Crognalotti**

Infermiera libero professionista e IBCLC

Per corrispondenza: **andrea.crognalotti@sanita.marche.it**
ludo.onofri@gmail.com

INTRODUZIONE

Il ruolo dell'infermiere è oggi al centro di un'evoluzione significativa che supera i confini tradizionali dell'ospedale e si estende al territorio, ambito fondamentale per la promozione della salute e la prevenzione.

In questo contesto si inserisce l'esperienza di un'infermiera, oggi **consulente per l'allattamento certificata IBCLC**, che ha scelto di orientare la propria attività professionale verso l'accompagnamento delle famiglie nel percorso nascita e nei primi mesi di vita del bambino.

FORMAZIONE E MOBILITÀ PROFESSIONALE

Dopo la laurea in Infermieristica a Macerata, quali sono state le tappe del tuo percorso professionale?

Nel "lontano" 2011 infatti termino i miei studi in Infermieristica qui a Macerata, ma in quel periodo non si vedeva alcuna traccia di concorsi o altre proposte di lavoro significative e, vista anche la mia voglia di fare esperienze fuori, invio un curriculum presso l'Ospedale San Raffaele. Subito dopo l'estate -

faccio i bagagli ed inizia la mia esperienza milanese in quest'ospedale che agli occhi di una neolaureata di poco più di 20 anni era enorme, moderno, pieno di opportunità: ero davvero orgogliosa anche perchè il reparto assegnatomi era la Pediatria. Non sapevo quanto sarebbe durata quest'esperienza, ma dopo un paio di anni ho messo radici, sotto tutti i punti di vista e la mia vita è diventata a tutti gli effetti là, a 500 km da casa.

LA SCELTA DEL TERRITORIO

Cosa ti ha portato a orientarti verso un'attività territoriale?

È stata un'evoluzione: in ospedale prima in Pediatria e poi Patologia Neonatale ho imparato moltissimo, soprattutto nella gestione clinica e nelle situazioni di emergenza specialmente negli ultimi anni. Ma dopo la mia gravidanza e stando a contatto con le famiglie, specialmente con quelle di bimbi prematuri o patologici, sentivo che non c'era abbastanza tempo, c'era sempre un pezzettino che mancava e che rischiava di compromettere molti aspetti. Tempo per osservare, per ascoltare, per accompagnare davvero le famiglie nel percorso della genitorialità e dell'allattamento. L'allattamento non è solo una modalità di nutrire il proprio bimbo: è relazione, fiducia, adattamento reciproco. In reparto spesso ci si concentra – giustamente – sui primi giorni, su quello che succede tra quelle quattro mura, per carità molto importante per mettere le basi delle settimane successive. Ma dopo la dimissione iniziano molti dubbi e se non adeguatamente seguite, le famiglie si sentono a disagio e non all'altezza.

IL VALORE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA TERRITORIALE

Quale contributo può offrire l'infermiere al di fuori del contesto ospedaliero?

Sì, anche se negli ultimi anni qualcosa sta cambiando. Questa è una visione limitante. L'infermiere non è solo una figura "da corsia". È un professionista sanitario con competenze cliniche, certo, ma anche – e soprattutto – educative e relazionali, che -

- possono e devono essere espresse anche sul territorio, nell'ambito della prevenzione primaria.

Ridurre l'infermiere al solo contesto ospedaliero significa perdere una parte enorme del suo potenziale. Perché è proprio fuori dall'ospedale che si gioca una delle partite più importanti: quella dell'educazione sanitaria. Fare educazione sanitaria non vuol dire semplicemente "dare informazioni", ma aiutare le persone a comprendere, scegliere e orientarsi. Significa tradurre contenuti complessi in qualcosa di accessibile, accompagnare senza giudizio, costruire fiducia. È un lavoro fatto di ascolto, continuità e relazione. Lavorare sul territorio significa entrare nella quotidianità delle famiglie: nelle loro case, nei loro ritmi, nelle loro reali possibilità. Ed è lì che si possono intercettare i bisogni prima che diventino criticità più grandi. Un dubbio sull'alimentazione, una difficoltà nella gestione del neonato, una fatica emotiva non riconosciuta... se accolti per tempo, possono essere accompagnati; se ignorati, rischiano di trasformarsi in problemi più complessi, che nel tempo possono incidere sull'autostima e sulla percezione del proprio ruolo genitoriale. L'infermiere, in questo senso, è una figura ponte: tra sistema sanitario e famiglia, tra teoria e pratica, tra informazione e consapevolezza. Può sostenere senza sostituirsi, guidare senza imporre, offrire strumenti concreti per rendere le persone più autonome e sicure.

LA FIGURA DELLA CONSULENTE IBCLC

Qual è il ruolo della consulente IBCLC nel percorso nascita?

Una consulente IBCLC è una professionista -

- specializzata nell'allattamento materno. IBCLC significa International Board Certified Lactation Consultant, cioè una certificazione internazionale riconosciuta che attesta una formazione specifica, approfondita e aggiornata sull'allattamento. Una consulente IBCLC può aiutare, ad esempio, in caso di difficoltà di attacco al seno, dolore durante l'allattamento, agitazione durante la poppata oppure crescita del bambino, ma anche nella gestione di allattamento misto o rientro al lavoro e in situazioni più complesse come prematurità, gemellarità e patologie. Per ottenere questa certificazione non basta un corso breve: servono ore di formazione teorica specifica, esperienza pratica clinica documentata e il superamento di un esame internazionale. Ci sono molte figure che ruotano intorno ad una famiglia in gravidanza e nel post partum e ognuna ha un ruolo preciso, determinato da codici etici e deontologici che non si sovrappongono, ma si completano. Proprio per questo è importante riconoscere i propri limiti professionali: quando si interviene su aspetti che non rientrano nelle proprie competenze, il rischio è di creare confusione o ritardare un supporto adeguato. Ad oggi, la consulente allattamento IBCLC è il massimo esperto dell'argomento e si occupa anche di orientare e, quando necessario, inviare ad altre figure, per garantire alla famiglia un accompagnamento davvero competente e rispettoso.

CRITICITÀ NEL SUPPORTO ALL'ALLATTAMENTO

Quali sono le principali criticità che emergono nella pratica clinica?

Da Consulente IBCLC, nell'allattamento, le barriere che incontro sono di natura diversa.

Ci sono le barriere organizzative. In ospedale il carico di lavoro è elevato: tempi stretti, molte pazienti, turni intensi. Anche con la massima professionalità e volontà di aiutare ogni donna, non sempre c'è lo spazio per un supporto approfondito. Osservare con calma un'intera poppata, lavorare sulla posizione, rispettare i tempi del neonato richiede tempo. E l'allattamento ha bisogno di tempo. Ci sono poi barriere culturali, ancora molto radicate: l'idea che se il bambino piange significhi automaticamente "non hai abbastanza latte", oppure che poppate frequenti siano un errore o un segnale che qualcosa non funziona. Questi messaggi, spesso non basati su evidenze, minano la fiducia materna proprio nel momento in cui avrebbe più bisogno di essere rafforzata. Spesso il nostro intervento è condizionato da ritmi che non sono compatibili con un processo fisiologico che richiede lentezza, osservazione e continuità. Così molte mamme vengono dimesse con indicazioni corrette, ma necessariamente generiche. Quando a casa emergono dubbi o difficoltà, possono sentirsi sole e senza un riferimento immediato.

L'IMPORTANZA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Cosa cambia concretamente nel tuo lavoro sul territorio?

Cambia il tempo. E il tempo cambia il risultato. Una consulenza domiciliare permette di osservare il bambino e la mamma nel loro ambiente, di vedere una poppata senza fretta, di coinvolgere il partner, di lavorare sull'organizzazione quotidiana. Si possono affrontare temi come crescita, dubbi sulle poppate e sulle richieste frequenti, importanza del -

- contatto e i cambiamenti del sonno del bimbo. E soprattutto si può normalizzare tanti comportamenti, spiegando cosa è fisiologico e cosa no. Spesso il vero bisogno non è solo tecnico, ma emotivo. Le mamme hanno bisogno di sentirsi competenti, facendo loro notare anche come il neonato cerca di interagire, a modo suo, con loro, fin da subito, dal primo pelle a pelle subito dopo la nascita.

DATI E PROSPETTIVE

Come interpreti i dati sull'allattamento in Italia?

Nonostante ci sia stato un innalzamento della qualità dell'assistenza sull'argomento, ci sono ancora molti falsi miti, a volte anche tra operatori sanitari, non adeguatamente formati. L'allattamento è la norma biologica, ma non è sempre immediato.

È una competenza che si costruisce anche con la conoscenza reciproca con il proprio bambino e senza un sostegno adeguato, molte donne interrompono prima di quanto desidererebbero. Il supporto necessario non dovrebbe essere un "extra", ma parte integrante della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Quando questo passaggio non è strutturato, il rischio è che le famiglie si affidino a professionisti non adeguatamente formati oppure che ricevano informazioni frammentarie o poco affidabili. Ma il tasso di allattamento esclusivo alla nascita è molto alto in Italia, circa l'85%...

Certo, più di 8 mamme su 10, in Italia, decide già prima del parto di allattare il proprio bambino e vengono dimesse spesso in allattamento a richiesta, quindi secondo le necessità del piccolo. Ma il vero dato sconcertante è ciò che accade dopo, a 3 e 6 mesi. Infatti le mamme che allattano -

- esclusivamente al seno sono rispettivamente il 49% e il 10% circa. Una mamma non prosegue perché spesso manca il supporto nei primi mesi che possono essere molto fragili, con informazioni frammentate e spesso non corrette e pericolose che minano inevitabilmente la prosecuzione dell'allattamento stesso. Queste percentuali così basse sono spesso anche donne che decidono di rinunciare all'allattamento quando rientrano al lavoro perché pensano che non possa esistere un buon equilibrio e debbano smettere: cerchiamo di sensibilizzare molto le famiglie anche su questo aspetto.

ALLATTAMENTO E SALUTE

Qual è il valore dell'allattamento in termini di salute pubblica?

L'allattamento al seno è riconosciuto come la norma biologica per la specie umana e rappresenta il modo fisiologico di nutrire i neonati. Il latte materno è un alimento specie-specifico, capace di adattarsi nel tempo alle esigenze nutrizionali e immunitarie del bambino, offrendo anche una protezione grazie alla presenza di anticorpi. L'OMS raccomanda l'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi e la sua prosecuzione fino ai 2 anni o oltre, insieme ad altri alimenti. Più che parlare di "benefici", possiamo considerare l'allattamento come la base di riferimento per la nutrizione infantile: un processo che sostiene la crescita e lo sviluppo del bambino, adattandosi alle sue esigenze, anche nei momenti di malattia modificandone il contenuto per supportare la guarigione. Allattare significa offrire un nutrimento dinamico, che cambia nel tempo e accompagna il bambino nel suo percorso -

- di crescita.

Allattare è l'investimento di base che possiamo offrire e non farlo aumenta il rischio di allergie, diabete tipo 2 e infezioni per il bambino, oltre che vanifica l'effetto protettivo che l'allattamento ha per la salute materna dal punto di vista oncologico.

IL VISSUTO DELLE MADRI

Come affrontare la percezione di fatica e inadeguatezza riportata da molte donne?

Molte mamme raccontano fatica, risvegli frequenti e anche momenti di inadeguatezza. Sono esperienze reali, che non vanno negate né minimizzate. Allo stesso tempo, è importante fare un passo in più per completare il quadro: non è l'allattamento in sé a creare queste difficoltà, ma spesso il contesto in cui avviene. I risvegli notturni, ad esempio, fanno parte della fisiologia dei neonati, indipendentemente dal tipo di alimentazione. L'allattamento può diventare faticoso quando manca supporto pratico ed emotivo, ci sono informazioni contrastanti, si è sole nella gestione quotidiana ma soprattutto le aspettative non corrispondono alla realtà. Anche il senso di inadeguatezza non nasce dall'allattamento, ma da un sistema che spesso chiede alle madri di "saper fare tutto" senza accompagnarle davvero. Quando invece una mamma è sostenuta, informata e ascoltata, l'allattamento può diventare uno strumento che semplifica (soprattutto di notte), un modo per rispondere rapidamente ai bisogni del bambino ma anche e soprattutto un'esperienza che, pur con la sua intensità, può essere vissuta con maggiore serenità. Sostenere l'allattamento non significa negare la fatica, ma creare le condizioni perché quella fatica non diventi solitudine o -

- frustrazione. E soprattutto significa ricordare che ogni percorso è unico: l'obiettivo non è la perfezione, ma il benessere della madre e del bambino, insieme.

CONCLUSIONI

L'esperienza presentata evidenzia come l'infermieristica contemporanea sia sempre più orientata verso modelli di assistenza integrata e territoriale. Il supporto all'allattamento si configura come un ambito strategico in cui competenze cliniche, educative e relazionali trovano piena espressione. Investire nella continuità assistenziale e nel potenziamento dei servizi territoriali rappresenta una priorità per garantire qualità delle cure, empowerment delle famiglie e promozione della salute.



L'ESPERIENZA INFERMIERISTICA UMANITARIA A BORDO DELLA LIFE SUPPORT DI EMERGENCY: STUDIO QUALITATIVO FENOMENOLOGICO

Autori: **Lucia Giuliani** [A], **Gessica Angelini** [B], **Francesca Ciarpella** [C],
Simona Tufoni [D], **Fabio Sarzana** [A], **Giordana Ficcadenti** [B]

[A] IFO AST Macerata, Docente CdL Infermieristica- Macerata, UNIVPM

[B] Tutor Didattico CdL Infermieristica-Fermo, UNIVPM

[C] Infermiera

Per corrispondenza: lucia.giuliani@sanita.marche.it

SOMMARIO BREVE

Studio qualitativo sul vissuto emotivo degli infermieri nelle missioni SAR nel Mediterraneo centrale e sulle strategie di adattamento professionale.

SOMMARIO ESTESO

Lo studio analizza il vissuto emotivo degli infermieri impegnati nelle missioni di ricerca e soccorso (SAR) nel Mediterraneo centrale a bordo della nave "Life Support" di Emergency. Attraverso un approccio qualitativo fenomenologico, sono state condotte sei interviste semi-strutturate a infermieri con esperienza in missioni SAR. I dati sono stati analizzati mediante Qualitative Content Analysis e Reflexive Thematic Analysis.

Dall'analisi emergono cinque macroaree: la prima missione SAR, il contatto con le persone soccorse, il lavoro in team, la crescita professionale e personale e il contesto operativo umanitario. Gli infermieri descrivono le missioni come esperienze ad alta intensità emotiva, caratterizzate da stress, senso di impotenza, coinvolgimento umano e necessità di mantenere lucidità operativa. La preparazione tecnica, il supporto del team e le strategie di regolazione emotiva risultano fondamentali per affrontare il lavoro.

L'esperienza SAR favorisce inoltre una profonda maturazione professionale ed etica, pur evidenziando tensioni tra ideali umanitari e limiti organizzativi e normativi. Lo studio conclude che le emozioni rappresentano componenti operative centrali nelle missioni SAR e sottolinea l'importanza di strumenti riflessivi e di continuità assistenziale per sostenere il benessere professionale degli operatori.

PREMESSA

Negli ultimi dieci anni, il mar Mediterraneo è stato teatro di una delle più gravi crisi umanitarie contemporanee, caratterizzata dai flussi migratori irregolari e dalla mancanza di canali sicuri e legali di ingresso in Europa. Migliaia di persone, in fuga da guerre, persecuzioni, violazioni dei diritti umani, povertà e disastri ambientali, hanno tentato la traversata verso le coste europee a bordo di imbarcazioni precarie e sovraccariche. Questa rotta, in particolare quella del Mediterraneo centrale, è ad oggi considerata la più pericolosa al mondo: dal 2014 oltre 31.000 persone risultano morte o disperse. (*Emergency*) Di fronte a questa emergenza, l'Unione Europea e gli Stati membri, hanno progressivamente esternalizzato il controllo delle frontiere, privilegiando così politiche di sicurezza interna piuttosto che strategie di tutela dei diritti umani. Tale approccio ha contribuito ad aumentare i rischi connessi al viaggio, a favorire i traffici illegali e a ridurre lo spazio operativo delle organizzazioni non governative impegnate in attività di ricerca e soccorso in mare (in inglese Search and Rescue, SAR).

Il lavoro sanitario a bordo assume un ruolo cruciale: l'equipe infermieristica e medica garantisce un triage immediato, cure di base e, nei casi più gravi, procedure di evacuazione medica avanzata. Le condizioni cliniche più frequenti riguardano disidratazione, ustioni da carburante e acqua salata, infezioni respiratorie e traumi fisici; non mancano inoltre situazioni di forte vulnerabilità psicologica dovute a torture, violenze e privazioni vissute durante i percorsi migratori. (*Emergency*)

Tale studio qualitativo descrittivo esplorativo si colloca nel contesto delle operazioni di ricerca e soccorso svolte dal supply vessel "Life Support" di Emergency, attivo nel Mediterraneo centrale dal 2022. L'indagine esplora il vissuto emotivo degli infermieri impegnati nelle missioni SAR, contribuendo alla letteratura scientifica relativa a un setting umanitario peculiare, ad elevata esposizione emotiva e ancora poco studiato. Il focus è rivolto alle emozioni sperimentate dagli operatori lungo -

- tutte le fasi della missione: dalla preparazione e simulazione degli scenari, alle attività di ricerca e avvistamento, fino alle operazioni di abbordaggio, trasbordo, assistenza clinica e navigazione verso il Place of Safety (POS). Un elemento distintivo del contesto è rappresentato dalla policy di safeguarding adottata dall'organizzazione, che limita le comunicazioni tra operatori e persone soccorse a fini esclusivamente operativi e clinici, sollevando interrogativi etico-relazionali e implicazioni sulla rielaborazione emotiva dell'esperienza professionale.

Obiettivo dello studio è comprendere come gli/le infermieri/e attribuiscono significato, vivano e regolino le proprie emozioni durante l'intero percorso operativo di una missione SAR. In particolare, la ricerca mira a identificare i pattern emotivi ricorrenti, le principali criticità emotive, le strategie di coping adottate e gli effetti dell'esperienza sulla crescita professionale e personale degli operatori.

MATERIALI & METODI

La ricerca adotta un approccio fenomenologico qualitativo, ritenuto appropriato per l'esplorazione di esperienze vissute e significati soggettivi in contesti poco studiati e ad alta intensità emotiva. L'analisi dei dati è stata articolata in due fasi complementari. Nella prima è stata utilizzata la Qualitative Content Analysis (QCA), attraverso il sistema QCMap, che ha consentito la costruzione iterativa delle categorie emergenti, garantendo trasparenza e tracciabilità analitica mediante log di revisione, note riflessive e report esportabili. (*Fenzl e Mayring*) Nella seconda fase è stata applicata la Reflexive Thematic Analysis (RTA) (*Braun e Clarke*), seguendo le sei fasi metodologiche previste dagli autori: familiarizzazione con i dati, codifica iniziale, ricerca dei temi, revisione, definizione e denominazione tematica, fino alla produzione della relazione finale. L'integrazione di QCA e RTA ha consentito di mantenere rigore descrittivo e, al contempo, approfondire la complessità emotiva e i significati situazionali propri del contesto SAR.

Il campione comprende sei infermieri che -

- hanno partecipato ad almeno una missione SAR sulla Life Support. La numerosità campionaria è stata definita secondo il principio di "information power" (Malterud et al) secondo cui un campione specifico e un focus ben definito riducono il numero di interviste necessarie. I partecipanti sono stati reclutati tramite campionamento intenzionale attraverso canali istituzionali di Emergency.

La raccolta dati è avvenuta mediante interviste qualitative semi-strutturate (DiCicco-Bloom e Crabtree) (DeJonckheere e Vaughn), condotte individualmente in videoconferenza tramite Microsoft Teams tra agosto e ottobre 2025, registrate previo consenso informato e successivamente trascritte integralmente.

RISULTATI

L'analisi tematica dei dati ha permesso di identificare cinque macroaree analitiche principali: la prima missione SAR, il contatto con le persone soccorse, il lavoro in team a bordo, la crescita professionale e personale e il contesto operativo umanitario. Le macroaree sono state costruite attraverso un processo di aggregazione delle categorie emerse dalla codifica, secondo criteri di prossimità semantica e coerenza concettuale, al fine di restituire la complessità del vissuto emotivo degli infermieri coinvolti nelle missioni di ricerca e soccorso.

La prima macroarea, relativa alla prima missione SAR, evidenzia come l'esordio professionale nel contesto del soccorso marittimo venga percepito dagli intervistati come un'esperienza ad alta intensità emotiva, caratterizzata da un forte impatto sia sul piano personale sia professionale. Gli infermieri descrivono la necessità di sviluppare strategie di regolazione emotiva funzionali al mantenimento dell'efficacia operativa durante le fasi di soccorso. Tra gli elementi ricorrenti emergono l'importanza della preparazione tecnica, dell'addestramento simulato e dell'adozione di approcci metodologici strutturati come strumenti di contenimento emotivo e di supporto all'azione clinica.

La macroarea relativa al contatto con le -

- persone soccorse approfondisce il vissuto legato alla relazione assistenziale e all'incontro con storie di sofferenza, vulnerabilità e trauma. Gli infermieri riportano esperienze caratterizzate da un forte coinvolgimento emotivo, spesso legato non solo alla gestione clinica delle condizioni sanitarie più frequenti, ma anche alla prossimità umana costruita durante la permanenza a bordo e la navigazione verso il porto sicuro assegnato, che può protrarsi per diversi giorni. Le narrazioni evidenziano una tensione continua tra la necessità di mantenere lucidità professionale e l'impatto emotivo derivante dall'ascolto delle storie personali e dall'esposizione alla sofferenza dei sopravvissuti. La terza macroarea, il lavoro in team a bordo, mette in luce il valore attribuito dagli operatori alla dimensione collettiva del lavoro umanitario. Il gruppo multiprofessionale viene descritto come un elemento essenziale di sostegno operativo ed emotivo, capace di amplificare competenze, favorire la cooperazione e rafforzare il senso di appartenenza e identità condivisa. Gli intervistati riferiscono che il lavoro in équipe contribuisce a incrementare la percezione di efficacia degli interventi e rappresenta uno spazio privilegiato di confronto e rielaborazione dell'esperienza vissuta. Parallelamente, il contesto di gruppo favorisce anche una maggiore consapevolezza dei propri limiti comunicativi e relazionali, stimolando processi di apprendimento reciproco. La macroarea dedicata alla crescita professionale e personale raccoglie le riflessioni degli infermieri sulle trasformazioni generate dall'esperienza SAR. Gli intervistati descrivono un processo di maturazione professionale caratterizzato dall'acquisizione di competenze cliniche e relazionali specifiche per un setting altamente specializzato e imprevedibile. L'esperienza viene inoltre percepita come occasione di integrazione tra sapere tecnico, capacità relazionali e dimensione etica dell'assistenza, contribuendo a ridefinire il significato attribuito alla professione infermieristica e alla propria identità personale. Infine, la macroarea relativa al contesto operativo umanitario evidenzia la centralità della dimensione valoriale nell'interpretazione del proprio ruolo. Gli infermieri descrivono una forte coerenza tra motivazioni personali, principi etici e scelta di operare in ambito umanitario. Tuttavia, -

- emergono anche vissuti di attrito tra gli ideali di cura e solidarietà e i limiti organizzativi, normativi e operativi imposti dal contesto SAR. Tale tensione viene riconosciuta come parte integrante dell'esperienza professionale e come elemento significativo nei processi di elaborazione emotiva e costruzione di senso dell'attività svolta.

- dispositivi riflessivi (brief/debrief etico) e il rafforzamento dei canali di continuità assistenziale per prevenire esiti di inutilità percepita e sostenere la tenuta professionale.

CONCLUSIONI

Lo studio ha evidenziato una configurazione emotiva complessa che si articola in modo coerente all'arco narrativo fasico delle missioni SAR: all'esordio prevalgono condizioni di attivazione e vigilanza, seguono reazioni di rabbia/impotenza situate e sollievo alla chiusura del recupero. Con particolare rilevanza data ad episodi di positività condivisa con funzione di stabilizzazione del clima di bordo. Tali stati non sono considerabili semplicemente accessori situazionali, ma componenti operative che incidono su attenzione, comunicazione e coordinamento e come tali, vengono integrate nel processo di elaborazione cognitivo delle varie condizioni che si verificano. Particolare rilevanza è stata attribuita al tema della gestione di problematiche di salute mentale dei migranti a bordo, nell'affrontare questa tipologia di problematica, l'approccio utilizzato risulta coerente con le raccomandazioni internazionali, ma sottolineano che la presa in carico specialistica si pone al di fuori del setting assistenziale di bordo. Questo determina: la chiarificazione dei confini professionali identificando cosa rientra nel supporto psicosociale di base e che cosa invece richiede rinvio; oltre ad una riduzione del rischio di sovra coinvolgimento tramite distanza terapeutica e procedure di indirizzamento sanitario. Inquadrato nel contesto umanitario, emerge un profilo bilaterale: un allineamento valoriale e senso di significato come fattori protettivi, contrapposti ad una asimmetria intervento/fenomeno come fonte di attrito. La gestione di tale asimmetria richiederebbe -

BIBLIOGRAFIA

- Braun V, Clarke V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London: SAGE 2021.
- CampinhaBacote, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. Journal of Transcultural Nursing, 2002.
- DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. Fam Med Community Health 2019.
- DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. Med Educ 2006.
- EMERGENCY. Il confine disumano: salvare vite nel Mediterraneo centrale. Milano: Emergency, 2025. Disponibile al sito https://www.emergency.it/wp-content/uploads/2025/04/Il-Confine-Disu-mano_EMERGENCY_Report-SAR-Life-Support.pdf consultato in settembre 2025.
- Fenzl T, Mayring P. QCMap: eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse. Z Soziol Erzieh Sozialisationsforsch 2017.
- Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qual Health Res 2016.



EVOLUZIONE STORICA E PROSPETTIVE DELL'INFERMIERE NEL 2026

Autori: **Rinaudo Claudio** [A], **Maria Grazia Maio Masci** [A]
Arianna Pasquaretta [B]

[A] C.P.S. Infermiere U.O. Pronto Soccorso e POTES 118, Civitanova Marche, AST Macerata

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

Per corrispondenza: claudio.rinaudo@libero.it

INTRODUZIONE

L'infermiere è un professionista sanitario che si occupa dell'assistenza alla persona in tutte le fasi della vita e, secondo il Decreto Ministeriale 739/1994 è "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica". Questo decreto definisce il profilo professionale dell'infermiere e introduce la responsabilità dell'assistenza e la pianificazione dell'assistenza, quanta strada da allora è stata fatta? Attraverso la 42/99, la 43/2006 si sono aperte strade verso autonomia decisionale, ruoli dirigenziali e competenze avanzate.

CONTRIBUTI E DESCRIZIONI

L'evoluzione della professione infermieristica in Italia rappresenta il risultato di un lungo -

- percorso normativo, culturale e formativo che ha progressivamente trasformato il ruolo dell'infermiere all'interno del sistema sanitario. Se fino agli anni Settanta l'attività infermieristica era prevalentemente regolata dal mansionario previsto dal DPR 225/1974, con funzioni prevalentemente tecnico-esecutive e subordinate alla figura medica, negli ultimi trent'anni si è assistito ad un cambiamento sostanziale che ha ridefinito identità, autonomia e responsabilità professionale dell'infermiere. Il primo passaggio fondamentale è rappresentato dal Decreto Ministeriale 739/1994, che identifica l'infermiere come professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Tale definizione introduce un concetto innovativo per l'epoca: la responsabilità diretta dell'assistenza erogata alla persona. L'assistenza infermieristica viene definita preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, evidenziando come l'infermiere non sia più solamente esecutore di attività tecniche, ma professionista in grado di pianificare, gestire e valutare gli -

- interventi assistenziali sulla base dei bisogni della persona assistita.

Con la Legge 42/1999 si compie un ulteriore passaggio decisivo: l'abolizione del mansionario segna il superamento definitivo di una concezione rigidamente subordinata della professione infermieristica. La professione sanitaria infermieristica viene infatti definita attraverso il profilo professionale, il percorso universitario, il codice deontologico e le competenze acquisite. Questo cambiamento ha avuto importanti ricadute sia sul piano professionale sia su quello culturale, poiché ha favorito il riconoscimento dell'autonomia decisionale dell'infermiere e della sua responsabilità professionale nei confronti del paziente e dell'organizzazione sanitaria.

La successiva Legge 251/2000 consolida ulteriormente tale evoluzione, attribuendo rilievo alle funzioni assistenziali, organizzative, educative e preventive dell'infermiere. L'assistenza infermieristica viene riconosciuta come elemento centrale dei processi di cura, non più limitata all'esecuzione di prescrizioni, ma orientata alla presa in carico globale della persona. In questo contesto assume particolare importanza il processo di nursing, attraverso il quale l'infermiere valuta i bisogni assistenziali, pianifica gli interventi, definisce obiettivi di assistenza e verifica gli esiti ottenuti. Tale approccio ha contribuito a migliorare la continuità assistenziale, la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza erogata.

Un ulteriore elemento di crescita professionale è rappresentato dalla Legge 43/2006, che valorizza la formazione post-base e introduce percorsi di sviluppo professionale avanzato. Attraverso master universitari, lauree magistrali e formazione specialistica, la professione infermieristica amplia progressivamente il proprio ambito di competenze, sviluppando figure con responsabilità cliniche, organizzative, formative e gestionali. La crescita accademica ha inoltre favorito lo sviluppo della ricerca infermieristica e dell'evidence-based nursing, promuovendo un'assistenza fondata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e orientata alla sicurezza del paziente.

L'evoluzione normativa e formativa ha trovato -

- applicazione concreta soprattutto nei contesti ad elevata complessità assistenziale, come l'emergenza-urgenza, l'area critica e l'assistenza territoriale. In particolare, l'infermiere di emergenza ha progressivamente acquisito competenze avanzate nella valutazione clinica, nella gestione della priorità assistenziale e nella stabilizzazione del paziente critico. L'attività di triage rappresenta uno degli esempi più significativi di autonomia professionale infermieristica: attraverso protocolli validati e specifici percorsi formativi, l'infermiere effettua una valutazione tempestiva del paziente, attribuisce il livello di priorità assistenziale e garantisce appropriatezza e sicurezza nell'accesso alle cure.

Anche modelli organizzativi innovativi, come il See and Treat, testimoniano il processo evolutivo della professione infermieristica e a come ha contribuito alla valorizzazione dell'autonomia infermieristica e dei protocolli clinico-assistenziali.

applicazione concreta soprattutto nei contesti ad elevata complessità assistenziale, come l'emergenza-urgenza, l'area critica e l'assistenza territoriale. In particolare, l'infermiere di emergenza ha progressivamente acquisito competenze avanzate nella valutazione clinica, nella gestione della priorità assistenziale e nella stabilizzazione del paziente critico. L'attività di triage rappresenta uno degli esempi più significativi di autonomia professionale infermieristica: attraverso protocolli validati e specifici percorsi formativi, l'infermiere effettua una valutazione tempestiva del paziente, attribuisce il livello di priorità assistenziale e garantisce appropriatezza e sicurezza nell'accesso alle cure.

Anche modelli organizzativi innovativi, come il See and Treat, testimoniano il processo evolutivo della professione infermieristica e a come ha contribuito alla valorizzazione dell'autonomia infermieristica e dei protocolli clinico-assistenziali.

L'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 recante le linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero ha fornito un significativo contributo alla diffusione del modello See and Treat prevedendo la gestione differenziata dei -

- codici minori e l'introduzione dei modelli organizzativi avanzati. La Regione Toscana è stata la prima ad introdurlo in modo formale con la Delibera n. 958 del 17 Dicembre 2007. Il "See and Treat" rappresenta una risposta assistenziale in cui l'infermiere adeguatamente formato e supportato da protocolli condivisi può gestire autonomamente problematiche cliniche minori e a bassa complessità, contribuendo alla riduzione dei tempi di attesa e al miglioramento dell'efficienza organizzativa nei Pronto Soccorso. Questo modello evidenzia come le competenze infermieristiche avanzate rappresentino oggi una risorsa fondamentale per rispondere ai crescenti bisogni assistenziali della popolazione.

Un altro setting in cui le competenze infermieristiche avanzate rappresentano oggi una risorsa fondamentale è quello dell'emergenza territoriale, in cui l'infermiere può operare sia sui mezzi di soccorso avanzato che all'interno della Centrale Operativa. Il suo ruolo è cruciale nella gestione dei percorsi di emergenza-urgenza, attraverso competenze cliniche, organizzative e decisionali avanzate. Nel soccorso preospedaliero, l'infermiere garantisce l'assessment precoce della persona assistita, l'attuazione degli interventi di stabilizzazione e il monitoraggio delle condizioni cliniche, operando in integrazione con l'équipe multiprofessionale e nel rispetto di protocolli condivisi. All'interno della Centrale Operativa, l'infermiere gestisce le chiamate di soccorso mediante attività di valutazione della gravità, attribuzione del codice di priorità e coordinamento delle risorse disponibili, contribuendo all'efficacia della risposta assistenziale e alla continuità del percorso di cura. Tali funzioni evidenziano l'elevato livello di autonomia e responsabilità professionale attribuito alla figura infermieristica nell'ambito dell'emergenza-urgenza territoriale. L'autonomia professionale dell'infermiere nell'ambito dell'emergenza territoriale trova il suo fondamento nel DPR 27 marzo 1992, il quale nell'articolo 10 attribuisce al personale infermieristico la possibilità di eseguire interventi e manovre finalizzate alla salvaguardia delle funzioni vitali, secondo protocolli definiti dal medico responsabile del servizio. La suddetta normativa rappresenta uno dei primi -

- fondamenti giuridici del processo di sviluppo e riconoscimento delle competenze infermieristiche avanzate in ambito di emergenza-urgenza territoriale, favorendo l'evoluzione del ruolo professionale infermieristico verso ambiti di maggiore autonomia clinico-assistenziale.

Alla luce dell'autonomia infermieristica, anche all'interno delle UU.OO. si osserva lo sviluppo di modelli organizzativi assistenziali caratterizzati da una crescente centralità della funzione infermieristica nella gestione dei processi di cura, in particolare nei contesti territoriali e nelle strutture intermedie. In questi assetti organizzativi l'infermiere assume un ruolo rilevante nella pianificazione, coordinamento e continuità dell'assistenza, in integrazione con le altre professioni sanitarie. Tali modelli sono presenti soprattutto nei contesti territoriali e nelle strutture intermedie, quali ospedali di comunità e hospice, nei quali la componente infermieristica riveste un ruolo strutturale nella gestione quotidiana del percorso assistenziale.

Parallelamente, la formazione universitaria ha assunto un ruolo centrale nello sviluppo della professione. La riforma universitaria introdotta con il D.M. 509/1999 ha consentito l'istituzione delle lauree specialistiche e magistrali nelle professioni sanitarie, favorendo la crescita culturale e scientifica dell'infermieristica italiana. L'infermiere moderno partecipa oggi non solo all'assistenza clinica, ma anche alla formazione universitaria, alla ricerca, alla gestione dei processi organizzativi e allo sviluppo delle competenze professionali.

Nell'ambito della formazione, nello specifico i corsi di laurea delle professioni sanitarie e, in alcuni contesti, anche nel corso di laurea in Medicina, la professione infermieristica apporta un contributo significativo nello svolgimento della funzione di tutoraggio. L'infermiere che riveste il ruolo di tutor rappresenta una componente fondamentale della formazione universitaria. Partecipando ai processi di formazione pratica e clinica degli studenti favorisce l'integrazione tra teoria e pratica facilitando lo studente nell'acquisizione e nello sviluppo delle competenze professionali.

In questa prospettiva si inseriscono anche i -

- recenti decreti ministeriali DM 159/2026 e DM 177/2026, che introducono lauree magistrali ad indirizzo clinico finalizzate allo sviluppo di competenze specialistiche nelle aree delle cure primarie, dell'area neonatale-pediatria e dell'area intensiva/emergenza. Tali percorsi rappresentano un ulteriore passaggio verso un modello assistenziale avanzato, maggiormente rispondente alla complessità clinica e organizzativa del sistema sanitario contemporaneo. L'evoluzione della professione infermieristica riflette inoltre il cambiamento dei bisogni di salute della popolazione, caratterizzati da aumento della cronicità, invecchiamento demografico e crescente complessità assistenziale. In questo scenario, l'infermiere assume un ruolo fondamentale nella continuità delle cure, nell'educazione sanitaria, nella presa in carico della persona e nella promozione di percorsi assistenziali integrati e personalizzati. In quest'ottica assume particolare rilievo il case management, un modello organizzativo dell'assistenza con un approccio orientato alla presa in carico globale della persona assistita, finalizzato a garantire la continuità, l'integrazione e l'appropriatezza del percorso di cura. In tale contesto il ruolo dell'infermiere è centrale in quanto si occupa di coordinare il processo assistenziale lungo tutte le sue fasi, dalla valutazione iniziale dei bisogni della persona fino alla pianificazione, attuazione e monitoraggio degli interventi, in collaborazione con altri professionisti coinvolti. L'infermiere rappresenta un anello di congiunzione tra i diversi livelli di assistenza in ambito ospedaliero e territoriale, al fine di ridurre la frammentazione dei percorsi di cura. Pertanto, l'elemento centrale di questo modello è rappresentato proprio dalla continuità assistenziale: la presa in carico longitudinale e globale della persona assicura coerenza tra gli interventi clinici, assistenziali e riabilitativi, favorendo un miglioramento degli esiti di salute e della qualità percepita dell'assistenza. Lo sviluppo del modello case management è stato favorito D.L. 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi) promuovendo l'integrazione tra ospedale e territorio, la continuità assistenziale e la presa in carico multidisciplinare della persona con bisogni complessi. Successivamente, gli aspetti -

- contenuti nel suddetto decreto sono stati ribaditi e consolidati dal D.M. 77/2022, in cui vengono definiti nuovi modelli e standard dell'assistenza territoriale, finalizzata alla valorizzazione della continuità assistenziale, della presa in carico della persona fragile e del coordinamento tra professionisti e servizi. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito ad un incremento dell'esercizio della professione infermieristica in regime di "libera professione", favorito dall'evoluzione dei bisogni assistenziali e dalla maggiore autonomia riconosciuta alla professione. La libera professione rappresenta una modalità di esercizio autonoma della professione può essere esercitata in forma individuale oppure associata, presso il domicilio del paziente, in studi infermieristici, ambulatori, cooperative o strutture sociosanitarie. Questa modalità assume rilevanza in risposta ai nuovi bisogni di salute della popolazione, all'invecchiamento demografico e alla necessità di garantire continuità assistenziale anche al di fuori delle strutture ospedaliere. Le attività svolte dall'infermiere sono di tipo assistenziali, educative e preventive, nel rispetto delle competenze previste dal profilo professionale e dal codice deontologico. Nell'esercizio della professione infermieristica in tale regime risultano fondamentali non solo le competenze clinico-assistenziali, ma anche capacità organizzative, relazionali e gestionali. In questo contesto, l'infermiere assume un ruolo centrale nella presa in carico della persona, contribuendo alla continuità delle cure, alla personalizzazione dell'assistenza e alla promozione dell'autonomia del paziente. Pertanto, la professione infermieristica oggi si configura come una professione sanitaria autonoma, dinamica e in continua evoluzione, fondata su competenze scientifiche, responsabilità professionale e centralità della persona assistita. L'infermiere contemporaneo non è più identificabile esclusivamente come esecutore di procedure, ma come professionista capace di integrare competenze cliniche, relazionali, educative e organizzative all'interno dei percorsi di cura.

CONCLUSIONI

La professione infermieristica, negli anni, ha compiuto passi da gigante in termini di competenze e autonomia. In pochi anni siamo passati dal mansionario allo sviluppo di competenze avanzate, ma la strada è ancora lunga: per alcuni, il traguardo è rappresentato dal pieno riconoscimento da parte della comunità, che ci identifichi come professionisti autonomi e realmente competenti.

Per molti, invece, permane il rammarico per una valorizzazione non ancora completa della professione. Secondo l'indagine condotta dal centro studi Nursind infatti, solo il 5,7% degli infermieri dichiara di sentirsi pienamente appagato, mentre per il 63% le proprie competenze risultano per nulla o solo parzialmente sfruttate. L'indagine è stata svolta fra il 20 aprile ed il 5 maggio 2026 ed ha coinvolto 3192 professionisti che hanno risposto ad un questionario in forma anonima.

Per quanto ci siamo evoluti e per quanta strada abbiamo percorso, forse la vera frontiera è ancora quella del riconoscimento del nostro reale valore, sia all'interno delle professioni sanitarie sia da parte della comunità stessa.

Bibliografia

1. Centro Studi Nursind - 20 aprile 2026 – 5 maggio 2026, Vita da infermiere - indagine sul benessere lavorativo del personale sanitario.
2. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo 1° agosto 2019. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero.
3. Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225. Modifiche al mansionario dell'infermiere professionale.
4. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.
5. Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
6. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
7. Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509. Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.
8. FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Roma; 2019.
9. Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
10. Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
11. Legge 1 febbraio 2006, n. 43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione.
12. Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica e disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie.
13. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale n. 159/2026.
14. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale n. 177/2026.
15. Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
16. Regione Toscana. Deliberazione della Giunta Regionale n. 958 del 17 dicembre 2007. Approvazione del progetto See and Treat.

CONSENSO INFORMATO: NON SULL'ATTO TERAPEUTICO MA SULLA PERSONA

Autori: **Lucia Giuliani** [A], **Raffaele Volpe** [B]

[A] RN PhD IFO OdC Treia

[B] Studente II anno, CdL Infermieristica – Università degli Studi di Macerata

Per corrispondenza: raffaelevolpe81@libero.it

SOMMARIO BREVE

Analisi metodologica ed etica del consenso informato, inteso come processo relazionale centrato sulla persona e non mero adempimento burocratico.

Parole chiave: *Consenso informato; Etica clinica; Relazione di cura; Competenze infermieristiche; Legge 219/2017.*

SOMMARIO ESTESO

Premessa: Il presente contributo analizza le dinamiche emerse durante un focus group incentrato sul consenso informato, vissuto come punto di intersezione tra dimensione etica, giuridica e pratica clinica quotidiana.

Contributi o Descrizioni: Attraverso le testimonianze degli studenti del secondo anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Macerata, viene evidenziata una marcata discrepanza tra il rigido modello teorico-giuridico e la realtà operativa dei reparti ospedalieri. Emergono fenomeni critici come la delega impropria dell'informazione alla figura infermieristica e la tendenza a ridurre il consenso a uno scudo legale protettivo. Di contro, si delinea il profilo di un professionista consapevole, capace di valorizzare il tempo della comunicazione, la comprensibilità del linguaggio e il rispetto dei valori interculturali del paziente.

Conclusioni: Il consenso si riconferma come un processo relazionale dinamico e costantemente revocabile. In ottica futura, si rende necessaria una ridefinizione normativa e organizzativa che veda l'infermiere coinvolto attivamente nel processo informativo, sancita dalla possibilità di validare formalmente il documento di consenso insieme al medico.

PREMESSA

Il consenso informato rappresenta uno dei pilastri fondamentali della bioetica e del diritto sanitario moderno, configurandosi non come una mera sottoscrizione burocratica, ma -

come un reale processo di condivisione e fiducia tra équipe curante e paziente. Al fine di esplorare la percezione di questo istituto tra i professionisti in formazione, è stato condotto un focus group che ha coinvolto quindici studenti iscritti al secondo anno del Corso di -

- Laurea in Infermieristica. L'attività, impostata come un confronto tra "esperti in formazione", ha inteso far emergere il vissuto esperienziale e valoriale dei partecipanti rispetto all'applicazione pratica del consenso nei setting di tirocinio clinico del primo e secondo anno.

CONTRIBUTI O DESCRIZIONI

Il dibattito ha immediatamente evidenziato una netta discrepanza tra il piano teorico-accademico e il vissuto emotivo e operativo nei reparti. Dalle testimonianze degli studenti sono emerse frequenti distorsioni metodologiche: in alcuni contesti il consenso viene ridotto a un ordine perentorio o percepito semplicemente come un "foglio per riempire la cartella" utile a tutelare legalmente l'operatore. È stata inoltre segnalata la tendenza di alcuni medici a demandare impropriamente l'onere della spiegazione all'infermiere, nonostante la responsabilità legale sia prettamente medica; a tal proposito, è stato valorizzato il comportamento di professionisti che hanno rifiutato tale delega a tutela dei propri confini di competenza.

Parallelamente, sono emersi significativi esempi di comunicazione efficace, in particolare nel setting pre-operatorio. Il gruppo ha identificato la figura infermieristica come un tramite essenziale: il paziente si rivolge spesso all'infermiere per ottenere chiarimenti espressi con un linguaggio accessibile e privo di tecnicismi ostativi. La persona assistita deve essere intesa come entità giuridica e valoriale globale; ciò include il rispetto delle specifiche sensibilità religiose e culturali, come il diritto di rifiutare una visita da parte di un medico di sesso opposto.

Un elemento cardine emerso è la natura dinamica e mai definitiva dell'assenso, ben esemplificata dal caso clinico di una paziente disorientata che, dopo aver firmato in stato di necessità, ha revocato il consenso una volta riacquistata la piena coscienza, portando all'annullamento terapeutico. La revocabilità costituisce una sfida costante per l'équipe, -

- garantendo la piena libertà decisionale dell'individuo. Come stimolato dalla discussione pedagogica della professoressa, le regole giuridiche trovano reale applicazione solo quando vengono interiorizzate come valore identitario profondo del professionista: se la norma non è condivisa intimamente, il consenso decade a mero atto meccanico.

CONCLUSIONI

Il focus group ha permesso di riscoprire il consenso informato attraverso la lente dell'etica clinica, confermando che il tempo della comunicazione costituisce a tutti gli effetti tempo di cura, in linea con i dettami della Legge 219/2017. Il consenso appartiene intrinsecamente all'integrità dell'individuo e non alla documentazione clinica.

Come prospettiva futura, emerge l'esigenza di superare l'attuale rigidità formale attraverso il riconoscimento del contributo multidisciplinare alla relazione di cura. Accogliendo poi anche l'orientamento espresso dal Dott. Aurelio Filippini, si auspica l'introduzione della possibilità di far validare il modulo di Consenso Informato anche all'infermiere che ha attivamente partecipato al processo informativo. Tale evoluzione certificherebbe formalmente la natura corale dell'alleanza terapeutica, valorizzando lo specifico ruolo infermieristico nella comprensione dei bisogni prioritari del paziente e nella gestione del supporto emotivo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Pubblicata in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.
- Aydin Er, R., & Sezer, T. (2022). The role of the nurse in the informed consent process: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15-16), 2055–2072.
- Benci, L. (2019). *Aspetti giuridici della professione infermieristica* (8ª ed.). McGraw-Hill Education
- Biagioli, V., Prandi, C., Fida, R., & Alvaro, R. (2020). Informed consent in nursing practice: An Italian observational study on nurses' knowledge and attitudes. *Assistenza Infermieristica e Ricerca (AIR)*, 39(2), 78–86.

Garanzie per il Paziente	Contenuti Necessari
Trasparenza Etica	Rapporto rischi/benefici e alternative terapeutiche.
Umanizzazione	Focus sulla persona e non solo sulla procedura tecnica.
Chiarezza	Utilizzo di un linguaggio accessibile, privo di tecnicismi ostativi.
Prospettiva Post-trattamento	Informazioni sull'impatto sulla vita quotidiana (es. stomi, dolore).
Autodeterminazione	Rispetto dei valori religiosi e culturali (es. il rifiuto di visita da medici di sesso opposto).

Tabella I. - Requisiti minimi e garanzie per un consenso centrato sulla persona

Fase	Grado di Partecipazione	Dinamica Osservata	Focus Tematico
Inizio	Molto Alto	Rispetto del turno (senso orario)	Teoria e Metodologia
Fase Centrale	Alto	Qualche distrazione durante i dialoghi a due (Docente-Studente)	Esperienze in reparto e Tirocinio
Fase Avanzata	Alto / Emotivo	Interazione spontanea tra partecipanti	Etica, Dolore e Revocabilità

Tabella 2.

←
Monitoraggio della partecipazione e delle dinamiche del Focus Group

Si ringraziano gli studenti Federica Angelomè, Valentina Zappelli, Albina Redjepi, Giorgia Lambertucci, Mattia Zenobi, Letizia Abbate, Grace McMorrán, Alessia Viola, Sara Tobar, Gioia Perugini, Alessia Santoni, Alessandra Spinaci, Aurora Camaioni per il grande contributo offerto ai fini della realizzazione dell'articolo.



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 2/2026, prevista per il mese di Dicembre 2026.

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 **15.09.2026**,
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