

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXIII

1

ISSN 2038-0712

**GENNAIO-FEBBRAIO
2019**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Organo ufficiale della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

INDICE

 EDITORIALE

**Un futuro prossimo di sfide importanti per gli infermieri da affrontare insieme:
Federazione, Ordini e professionisti**
di Barbara Mangiacavalli

 SCIENZE INFERMIERISTICHE

**L'autovalutazione del rischio di caduta: validazione italiana del Fall Risk
Questionnaire [FRQ]**
*di Cristina Caldara, Rossella Dell'Aquila, Sara Pacchiani, Stefano Maestrini,
Ramona Pellegrini, Monica Casati, Simonetta Cesa*

**Strategie per prevenire le attività 'non infermieristiche': risultati di uno studio
descrittivo**
*di Silvia Grosso, Saverio Tonet, Ines Bernard, Denis De Marchi, Laura Dorigo,
Gianluca Funes, Paolo Gandin, Massimo Lussu, Nicolas Oppio, Stefania Tissot,
Luigi Pais dei Mori, Alvisa Palese*

 CONTRIBUTI

**Edu-care alle emozioni: la competenza infermieristica nella gestione dell'emotional
well being tra gli adolescenti**
di Maicol Carvello, Chiara Turri

**L'assistenza infermieristica all'adolescente ospedalizzato con disagio psichico in fase
acuta**
di Cristiana Lanfranchi, Giancarlo Galbiati, Nicola Perico, Angela Gloria Vescovi

 ESPERIENZE

Abuso e maltrattamenti nell'infanzia, riconoscerli è importante, ma come?
di Carlotta Zanetti, Paola Quarella

**Health Literacy e promozione della salute, un'indagine conoscitiva attraverso il
Newest Vital Sign**
di Elena Cristofori, Cinzia Di Martino, Alberto Fusani

L'infermiere e la qualità del sonno della persona assistita in ospedale
di Nicole Jordaney, Roberta Vittaz, Giuseppe Migliaretti, Roberta Oriani, Alfredo Diano

**Helpline telefonica, una strategia organizzativa nel percorso diagnostico terapeutico
assistenziale della persona in carico ad una Struttura di Reumatologia**
di Ermelinda Bistolfi, Lucia Baruffaldi

**Primary Nursing per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia: sviluppo di
uno strumento di standardizzazione del percorso assistenziale**
*di Giovanna Amaducci, Marina Iemmi, Daniela Mecugni, Sandra Coriani, Roberta Riccò,
Antonio Boccia Zoboli, Emanuela Vezzani*

La percezione degli infermieri della Health Literacy
di Elisa Marangione, Letteria Consolo

 SCAFFALE

In modo giusto. Medicina Narrativa nelle cure di fine vita
di Marta De Angelis, Paolo Trenta



EDITORIALE

Un futuro prossimo di sfide importanti per gli infermieri da affrontare insieme: Federazione, Ordini e professionisti*di Barbara Mangiacavalli**Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)*

Carenza di organici aggravata da “Quota 100”, cambio di passo per il tetto di spesa per il personale rispetto al “vecchio” 2004 -1,4%, turn over ancora da sbloccare per quanto riguarda le assunzioni anche di chi già ha vinto un concorso, professioni per la prima volta unite per far fronte alle diversità che un regionalismo eccessivamente spinto può creare e che per questo chiedono di essere in prima fila anche sui tavoli dove avvengono le decisioni programmatiche per il futuro del Servizio sanitario nazionale.

Siamo in un momento estremamente delicato per la professione, ormai visibile più di quanto non sia stata finora negli ultimi anni. Perché la visibilità dà la necessità che la nuova epidemiologia ha di infermieri, ma anche per il solito martellamento mediatico che non risparmia l'uso improprio del termine infermiere per chiunque compia atti degni della cronaca (non certo rosa) perfino fuori le mura dell'ospedale e al di là della stessa professione.

Gli ottimisti sottolineano che evidenziare nei momenti bui il fatto che sia coinvolto un infermiere è perché la nostra professione ha raggiunto ormai un tale livello di importanza, gradimento e rilievo clinico, etico e morale, che se c'è un infermiere di mezzo è un fatto degno di essere notato e sottolineato.

Personalmente ritengo che si continui a perpetrare il fatto che in sanità o si è medici o si è infermieri e che l'immagine dei nostri professionisti non si sufficientemente a fuoco nella mente di chi diffonde le notizie tanto da non comprendere ancora chi fa cosa e perché, con quali responsabilità e con quale livello di conoscenza e di rispetto per i principi etico-deontologici di una codice che da sempre, ma con la legge 3/2018 in particolare che ha dato agli Ordini poteri diversi e maggiori di magistratura interna, diventa l'ago della bilancia della professione a cui tutti i veri infermieri devono rispondere e che quindi, se si tratta di qualcosa che va al di là, non si tratta di infermieri o comunque di individui che domani potranno definirsi tali.

La carenza di organici è stata ben compresa a tutti i livelli e il suo peggioramento con “Quota 100”, passando dagli ormai fatidici 53mila professionisti in meno a oltre 76mila che potrebbero mancare a breve nelle corsie, ma soprattutto sul territorio, potrebbe mettere davvero in ginocchio un sistema sanitario pubblico che senza personale non può far fronte non solo all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, ma nemmeno ai servizi più ordinari, con buona pace delle liste di attesa – inesorabilmente destinate ad allungarsi se non c'è chi è in grado di rispondere e assorbire i bisogni dei cittadini - e della qualità delle prestazioni erogate sempre di più da professionisti che si fanno in quattro per rispondere alla richiesta dei pazienti, ma che sono sempre meno e sempre più anziani e per questo sempre più stanchi e demotivati.

Diamo atto, come ho già avuto modo di dire, al ministro della Salute di essere riuscita per la prima volta ad abbattere il muro del tetto di spesa per il personale, portandolo ad avere come riferimento il 2018 con la possibilità di aumento anno per anno, a livello regionale, del 5% dell'incremento di spesa di cui godrà il fondo sanitario nazionale.

Ma sappiamo bene che se sulla carta quest'ultimo aumenta con regolarità, poi nei fatti viene via via assottigliato da mille bisogni e se questo dovesse incidere sull'aumento previsto per la spesa di personale, allora tutto si trasformerebbe se non in un boomerang, sicuramente in buco nell'acqua.

Fatto il primo passo, per essere certi che il livello del servizio sanitario pubblico sia davvero tra i primi al mondo, anzi, possa crescere ancora, ce ne sarebbero altri da compiere. Ad esempio, destinare alla spesa di riferimento per il personale una quota vincolata e non mobile del fondo sanitario, come oggi si fa con gli obiettivi del piano sanitario nazionale: non è forse uno degli obiettivi più importanti dare qualità ed efficienza al servizio?

Poi fare il passo ulteriore dello sblocco del turn over, anche per le Regioni in piano di rientro che sono le più disastrose dal punto di vista degli organici. Ovvio la necessità del controllo della spesa: si devono trovare altri modi e altre vie per garantirlo. E naturalmente se si parla di sblocco del turn over – che ringiovanirebbe gli organici oltre a dargli ossigeno riducendo le carenze – si deve parlare anche di una programmazione seria e rigida, premessa da un censimento reale del chi fa cosa per non dare spazio a pericolosi fai-da-te senza razionalità.

La Federazione sta affrontando con gli Ordini queste sfide, senza cedere ad alcun tentativo che possa danneggiare la professione.

E con le altre professioni della salute, sanitarie e sociali, sta facendo fronte a qualunque fuga in avanti che possa ulteriormente creare disuguaglianze o recinti al di fuori dei quali manchi l'universalità e l'equità del sistema.

Abbiamo anche abbandonato “le buone maniere” per quanto riguarda il coinvolgimento della professione infatti che con la professione non hanno e non devono avere nulla a che fare e parlato chiaro sia col nostro ministero vigilante, sia anche con le autorità che devono controllare non si arrivi a livelli in cui si possa mettere in pericolo il nostro prioritario e privilegiato rapporto con il cittadino.

Ma non lo abbiamo fatto solo in un senso: stiamo infatti definendo un nuovo Codice deontologico alla stesura del quale hanno partecipato per la prima volta davvero tutti gli interessati, dagli Ordini agli infermieri che grazie alla consultazione pubblica hanno potuto esprimere il loro pensiero, dai giuristi ai bioetici, dai rappresentanti di tutte le religioni – perché l'assistenza deve saper riconoscere e rispettare tutti, senza distinzioni – alle associazioni delle persone portatrici di patologie che rappresentano quell'elemento valoriale importante sia professionalmente che per il ‘patto col cittadino’ che da anni ci caratterizza.

Non si sta lasciando nulla al caso.

E nulla si tralascerà perché la professione infermieristica abbia riconosciuto il suo valore, dal punto di vista assistenziale con le specializzazioni e l'infungibilità, dal punto di vista manageriale con la capacità di interlocuzione a tutti i livelli, da quello regionale a quello politico e con le altre professioni, dal punto di vista etico-deontologico, con una caratterizzazione che nessun'altra professione ha dato del suo rapporto sia intra che interprofessionale, sia soprattutto con l'obiettivo finale che abbiamo ben chiaro e prioritario: la salute dei cittadini.

E in questo molti infermieri ci stanno aiutando, con la loro professionalità di tutti i giorni che ci consente di riferirci a una professione nobile e con una partecipazione eccezionale, anche rispetto al recente passato, alle iniziative e al dibattito necessario sia dentro che fuori la professione.

Come ho avuto modo di dire all'inizio del mandato di questo Comitato centrale e che voglio ribadire con forza di fronte ai fatti attuali, siamo infermieri prima di tutto, e crediamo nella forza della relazione, dell'ascolto, dell'inclusione, dall'autorevolezza che vince sull'autorità. Crediamo in un gruppo allargato, partecipato, che lasci spazio ad autonomie di pensiero e di cultura perché il rispetto della persona parte anche da questo.

L'autovalutazione del rischio di caduta: validazione italiana del Fall Risk Questionnaire [FRQ]

**Cristina Caldara¹, Rossella Dell'Aquila², Sara Pacchiani³, Stefano Maestrini⁴,
Ramona Pellegrini⁵, Monica Casati⁶, Simonetta Cesa⁷**

¹Infermiere Coordinatore Gruppo Aziendale Dedicato Cadute, Responsabile Dipartimento di Oncologia e Ematologia, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

²Infermiere Libero Professionista, UOC Ematologia, ASST Papa Giovanni XXIII

³Studente Corso di Laurea in Infermieristica, Centro Formazione Universitaria, Sezione di Corso ASST Papa Giovanni XXIII, Università degli Studi di Milano Bicocca

⁴Infermiere Tutor professionale, Corso di Laurea in Infermieristica, Centro Formazione Universitaria, Sezione di Corso ASST Papa Giovanni XXIII, Università degli Studi di Milano Bicocca

⁵Infermiere Staff Ricerca Formazione e Sviluppo, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

⁶Infermiere Dirigente Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

⁷Infermiere Direttore, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

Corrispondenza: ccaldara@asst-pg23.it

RIASSUNTO

Introduzione In Italia la morte o grave danno causato da una caduta è al primo posto tra gli eventi sentinella con 471 eventi pari al 24.6% del totale degli eventi (n=1918). In letteratura non è indicato un gold standard per l'accertamento del rischio di cadute delle persone con età superiore a 65 anni; una strategia che può essere utilizzata è l'autovalutazione del rischio di caduta attraverso strumenti strutturati. Il Fall Risk Questionnaire (FRQ) è uno strumento di self-assessment tradotto in lingua italiana, con buone capacità di identificazione della popolazione a rischio di cadute e di potenziamento della consapevolezza del rischio di cadere. L'obiettivo di questo studio è la validazione in lingua italiana della scala FRQ nelle componenti di validità e affidabilità.

Materiali e metodi Nel 2017 è stato condotto uno studio monocentrico osservazionale di validazione presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo su un campione non probabilistico consecutivo di persone anziane che accedevano ai servizi ambulatoriali. Successivamente all'approvazione del Comitato Etico, per il processo di validazione si è proceduto all'analisi della validità di contenuto e dell'affidabilità negli elementi di stabilità e di consistenza interna.

Risultati La FRQ ha dimostrato avere un'ottima validità di contenuto (CVI-I e CVI-S=0.97). Ha dimostrato inoltre adeguata stabilità (r di Pearson=0.67) e adeguata consistenza interna (Alpha di Cronbach=0.74). Il rischio percepito soggettivamente dai 176 partecipanti e quello oggettivo dallo strumento sono risultati direttamente correlati (r di Pearson=0.66).

Conclusioni La scala di autovalutazione FRQ ha dimostrato avere adeguate proprietà psicometriche; è quindi uno strumento utile e veloce per aumentare la consapevolezza del rischio di cadute nelle persone anziane e per supportare la prevenzione delle cadute.

Parole chiave: valutazione rischio caduta, questionario di autovalutazione, prevenzione delle cadute, assistenza infermieristica, validazione italiana

Self-assessment of fall risk: Italian validation of the Fall Risk Questionnaire (FRQ)

ABSTRACT

Introduction In Italy, death or serious injuries caused by falls are at the first among the sentinel events, with 471 events, 24.6% of the total (n=1918). In literature there is no gold standard for the assessment of the risk of falls in the population aged over 65; a strategy to be used for the self-assessment of the risk of fall through structured instruments.

The Fall Risk Questionnaire (FRQ) is a self-assessment tool translated into Italian, with good potential to identify the population at risk of falls and to raise awareness of the risk of falling. The aim of this study is the validation of the Italian version of the FRQ scale in its validity and reliability components.

Methods In 2017 a monocentric observational validation study was conducted in ASST Papa Giovanni XXIII in Bergamo on a consecutive non-probabilistic sample of elderly people accessing outpatient services. Following the approval of Ethics Committee, the content validity and reliability of the components of stability and internal consistency were analyzed during the validation process.

Results The FRQ proved an excellent content validity (CVI-I and CVI-S=0.97). It also showed proper stability (Pearson's $r=0.67$) and adequate internal consistency (Cronbach's Alpha=0.74). The risk subjectively perceived by the 176 participants and the risk objectified by the instrument were directly correlated (Pearson's $r=0.66$).

Conclusions The FRQ self-assessment scale demonstrated adequate psychometric properties. Therefore it is a useful and prompt tool to be used to increase the risk of falls awareness in the elderly and to support the prevention of falls.

Key words: fall risk assessment, self-assessment, questionnaire, fall prevention, nursing, Italian validation.

INTRODUZIONE

In Italia la morte o grave danno causato da una caduta è al primo posto tra gli eventi sentinella con 471 eventi pari al 24.6% del totale degli eventi ($n=1918$) (Ghirardini A et al., 2013). Le cadute in età senile rappresentano un evento avverso non trascurabile ed un'autentica sfida per la sanità pubblica a causa della loro frequenza e gravità (World Health Organization WHO, 2007). Secondo l'ISTAT in Italia nel 2014 più di una persona su due è stata vittima di una caduta (54.8%) e il 76.9% sono over74; si riscontra anche una decisiva predominanza di cadute tra le donne anziane, tra le persone sole e tra gli ospiti di case di cura o di ospedali. Qui l'incidenza delle cadute è due-tre volte superiore rispetto a quella nelle abitazioni e con complicanze maggiori (Ministero della Salute, 2014). Le persone anziane pensano che cadere sia inevitabile con l'avanzare dell'età. Difatti i dati ad oggi disponibili evidenziano come le persone anziane sottostimino il proprio rischio di cadute perché non conoscono i propri fattori di rischio (Stevens JA et al. 2010) o perché non discutono con il medico di famiglia le misure di prevenzione che potrebbero essere messe in atto (Stevens JA et al., 2012).

Secondo le evidenze scientifiche i programmi di educazione per gli anziani sono importanti per ridurre i tassi di cadute; un presupposto necessario perché si realizzino è che gli anziani stessi vengano aiutati a riconoscere i propri fattori di rischio e siano coinvolti attivamente all'interno del proprio percorso di cura (Butcher L, 2013).

In letteratura non esiste un gold standard per l'accertamento del rischio di cadute delle persone con età superiore a 65 anni (Hill E et al., 2014), tuttavia negli ultimi anni si sta consolidando l'utilizzo di scale di autovalutazione del rischio che possano migliorare la motivazione interna favorendo la compliance e l'empowerment delle persone anziane in un'ottica di cura e prevenzione che pone al centro la persona assistita (person-centred care) (Maurer M

et al., 2012). I Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta promuovono la partecipazione, la responsabilizzazione e il coinvolgimento della popolazione anziana, la più fragile e di conseguenza quella più esposta al rischio di cadute (Rubenstein LZ et al., 2011), al fine di mantenere ottimali livelli di salute, ma soprattutto per raggiungere il più alto livello di indipendenza possibile (Tzeng HM et al., 2015).

Tra marzo e aprile 2016, in Italia è stata condotta un'approfondita revisione della letteratura (Caldara C et al., 2017) con l'obiettivo di individuare e tradurre in italiano una scala di autovalutazione.

La Fall Risk Questionnaire, proposta dal CDC di Atlanta, è stata considerata la check-list di autovalutazione più idonea poiché valida, comprensibile a soggetti di età superiore a 65 anni e di facile e veloce compilazione (Caldara C et al., 2017).

La Fall Risk Questionnaire è una check-list composta da 12 affermazioni, corrispondenti a fattori di rischio, formulate sotto forma di domanda, a ciascuna delle quali corrisponde una descrizione.

Il punteggio finale può andare da un minimo di 0 punti a un massimo di 14 e la soglia per considerare una persona a rischio di cadute è 4.

Nel 2011 Rubenstein e collaboratori, su commissione dei CDC, hanno effettuato la validazione della scala FRQ su un campione di 40 volontari presso il Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System.

Le valutazioni effettuate con la FRQ sono state confrontate con le valutazioni cliniche eseguite indipendentemente da due geriatri, riscontrando una forte concordanza ($kappa=0.875$).

L'analisi della sensibilità e della specificità (rispettivamente 100% e 83.3%) ha evidenziato la capacità dello strumento di agire efficacemente nella prevenzione delle cadute.

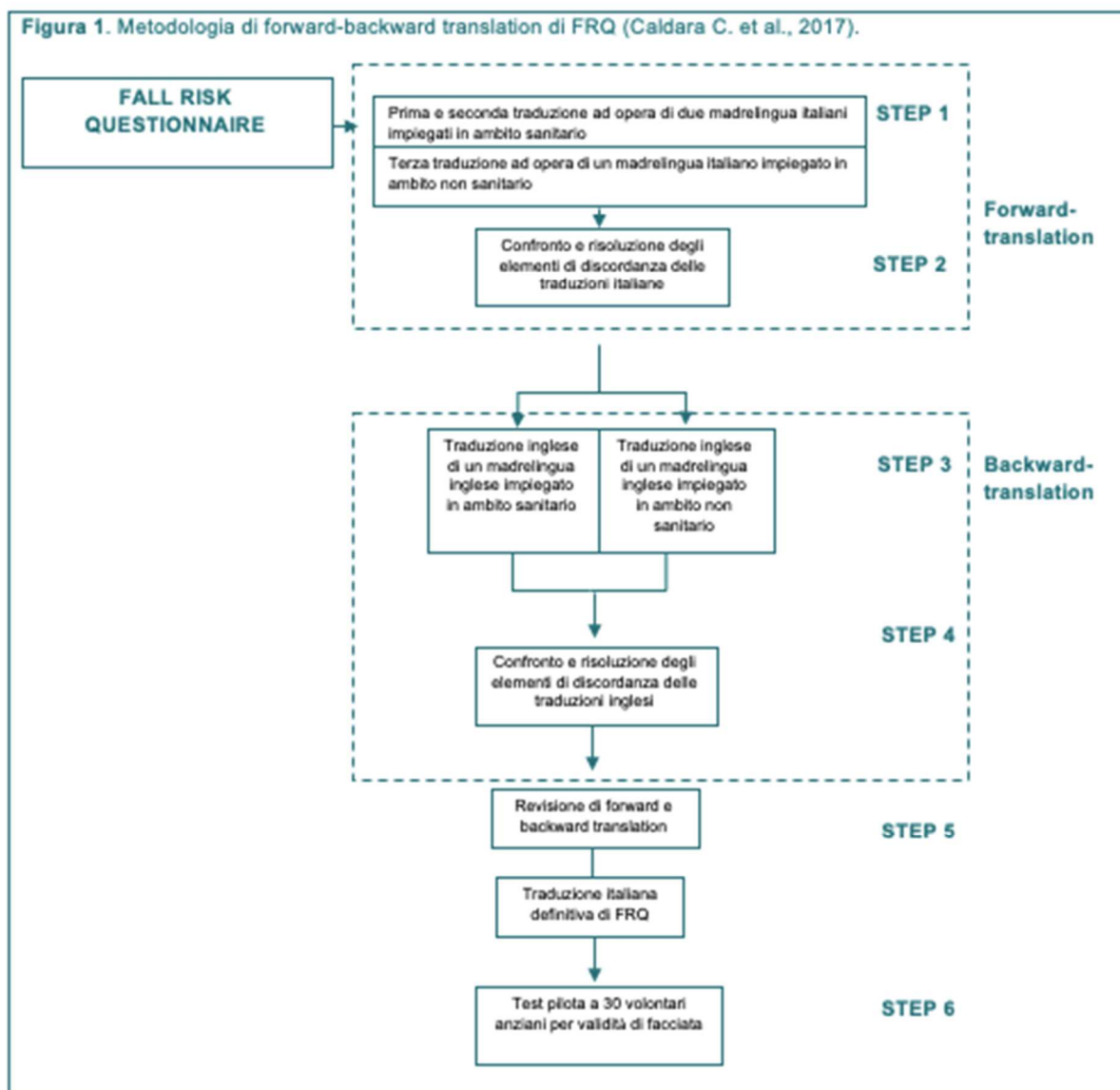
Nel 2016, dopo aver ottenuto il consenso dai CDC, è stata effettuata la forward-backward translation di FRQ (Figura 1).

La traduzione dello strumento ha avuto come primo obiettivo quello di individuare, a partire dalla lingua originale, il significato culturale equivalente nella lingua desiderata, evitando la traduzione letterale (Sperber AD, 2004).

Per la traduzione dello strumento si è utilizzata la metodologia proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2013) con l'aggiunta di alcuni

passaggi della metodologia di traduzione "simmetrica" (Sousa VD et al., 2011).

Tutte le traduzioni sono state redatte attenendosi alla versione originale e si è prestata attenzione all'utilizzo di una terminologia più adeguata possibile e di un lessico piuttosto semplice e comprensibile per risultare di facile impiego nella popolazione anziana. L'obiettivo dello studio è valutare la validità e l'affidabilità di FRQ nella versione italiana.



MATERIALI E METODI

Validazione di contenuto

La validità di contenuto è stata valutata da un gruppo di esperti, tutti componenti del Gruppo Aziendale Dedicato (GAD) alle cadute dell'ASST Papa Giovanni XXIII (due infermieri, un medico, un

fisioterapista, un'ostetrica e il risk manager), ai quali è stato chiesto di valutare ciascun item in termini di "rilevanza" (pertinenza rispetto all'obiettivo che lo strumento si pone). I professionisti hanno utilizzato una scala di Likert con punteggio da 1 a 4 (da 1: non rilevante a 4: molto rilevante).

Attraverso i giudizi del team è stato calcolato il Content Validity Index (CVI) utilizzando le linee di indirizzo proposte da Polit e Tatano Beck (2006). Sono stati calcolati I-CVI (Item Content Validity Index) e S-CVI (Scale Content Validity Index):

- la *validità di contenuto per ciascun item (I-CVI)* è definita come la proporzione di esperti in accordo sul contenuto dei singoli item. Per ciascun item l'I-CVI è stato perciò calcolato considerando il numero di esperti che hanno attribuito una valutazione pari a 3 o 4, quindi dicotomizzando la scala ordinale in "non rilevanti" (punteggio 1 o 2) e "rilevanti" (punteggio 3 e 4), diviso per il numero totale di esperti;
- la *validità di contenuto totale della scala (S-CVI)*, definita come la validità di contenuto della singola scala, è stata calcolata attraverso il calcolo di due misurazioni: S-CVI/Ave che rappresenta la media dei punteggi I-CVI attribuiti dagli esperti per tutti gli item della scala e S-CVI/UA che indica l'unanimità degli esperti per ogni singolo item.

Analisi dell'affidabilità e valutazione del livello di percezione del rischio

Nell'agosto 2017 è stato condotto uno studio di validazione della scala FRQ a carattere monocentrico che ha coinvolto l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Il campione non probabilistico consecutivo è stato di almeno 150 persone anziane, secondo le linee guida dell'EORTC Quality of life group (2011) e tenendo in considerazione che lo studio di validazione originale della scala aveva un campione di 40 volontari (Rubenstein LZ et al., 2011).

L'indagine è avvenuta in tre settori: l'emodialisi per persone assistite in regime ambulatoriale affette da insufficienza renale cronica; l'ambulatorio a bassa complessità chirurgica (BIC) dedicato all'ipovisione (pre e post operatorio di interventi di facoemulsificazione ed iniezioni intravitreali) e la macroattività ambulatoriale complessa (MAC) di oncologia.

I *criteri di inclusione* sono stati:

- età uguale o superiore a 65 anni;
- capacità di deambulazione anche con eventuali ausili (carrozzina, stampelle, deambulatore ecc.);
- buona comprensione della lingua italiana.

I *criteri di esclusione* sono stati:

- persone con decadimento cognitive;
- persone con malattie psichiatriche.

L'*affidabilità* è stata considerata in due aspetti: la *stabilità dello strumento* e la *consistenza interna*:

- la *stabilità dello strumento* è stata verificata attraverso il test-retest. Questo comporta la doppia somministrazione della scala alle

persone assistite in momenti ravvicinati (da un minimo di un giorno ad un massimo di sette giorni) e il successivo confronto dei punteggi. La correlazione è stata espressa tramite l'indice di correlazione lineare di Pearson.

Secondo Polit e Tatano Beck per interpretare questo coefficiente non si possono dare regole fisse, ma per il settore biomedico consigliano di considerare un valore compreso tra .0 e .2 "trascurabile", tra .2 e .5 "debole", tra .5 e .8 "buona", tra .8 e 1 "forte" (Polit e Tatano Beck, 2014);

- la *consistenza interna* è stata verificata attraverso il calcolo del coefficiente Alpha di Cronbach. Polit e Tatano Beck affermano che più alto è il valore e più la misura è accurata e che i coefficienti di affidabilità superiori a .7 sono spesso considerati adeguati (Polit e Tatano Beck, 2014).

A ogni soggetto incluso nello studio è stato chiesto di esprimere il proprio giudizio rispetto alla percezione del rischio di cadere attraverso una scala likert da 1 a 4, in cui 1 si considera "non a rischio" e 4 "molto rischio".

Successivamente il valore espresso è stato comparato con il punteggio finale della scala di autovalutazione FRQ calcolando il coefficiente di correlazione di Pearson (Polit e Tatano Beck, 2014; Fowler et al. 2002; LoBiondo-Wood e Haber, 2014). La descrizione del campione e delle risposte agli item è stata presentata attraverso misure di statistica descrittiva. I software utilizzati per l'analisi statistica sono "R" (versione 3.4.1, 2017) e Statistical Package for Social Science (SPSS, versione 24.0, 2016).

Autorizzazioni e considerazioni etiche

Prima di procedere allo studio di validazione è stato richiesto il consenso al CDC di Atlanta, che si è pronunciato positivamente in data 10 maggio 2017, tramite e-mail.

Il disegno di studio è stato approvato dal Comitato Etico Provinciale di Bergamo e in seguito è stata concessa l'autorizzazione da parte dei direttori delle strutture dell'ASST Papa Giovanni XXIII.

Successivamente alla consegna dell'informativa predisposta per le finalità dello studio, è stato acquisito dai partecipanti il consenso informato. La partecipazione ha assicurato, inoltre, il trattamento dei dati in forma anonima.

RISULTATI

Validazione di contenuto

Tutti gli item hanno ottenuto un valore di I-CVI pari a 1.00, tranne il numero 6 ("Ho bisogno di spingermi con le mani per alzarmi dalla sedia") che ha raggiunto un valore di 0.66. Il S-CVI e il S-CVI/UA sono risultati, rispettivamente, pari a 0.97 e 0.92. (Tabella 1).

Tabella 1. Parere degli esperti riguardo gli item di FRQ e calcolo del CVI (X= item rilevante secondo l'esperto, - = item non rilevante secondo l'esperto).								
ITEM	Infermiere Esperto 1	Infermiere Esperto 2	Ostetrica	Risk Manager	Fisioterapista	Medico	Number in agreement	Item CVI
1	X	X	X	X	X	X	6	1.00
2	X	X	X	X	X	X	6	1.00
3	X	X	X	X	X	X	6	1.00
4	X	X	X	X	X	X	6	1.00
5	X	X	X	X	X	X	6	1.00
6	X	X	X	X	---	---	4	0.66
7	X	X	X	X	X	X	6	1.00
8	X	X	X	X	X	X	6	1.00
9	X	X	X	X	X	X	6	1.00
10	X	X	X	X	X	X	6	1.00
11	X	X	X	X	X	X	6	1.00
12	X	X	X	X	X	X	6	1.00
							Media I-CVI = 0.97 S-CVI AVE = 0.97 S- CVI/UA = 0.92	
Proporzione di rilevanza:	1.00	1.00	1.00	1.00	0.92	0.92		

Analisi dell'affidabilità e valutazione del livello di percezione del rischio

Il campione in studio è stato di 184 persone, 2 delle quali escluse per errori di reclutamento e 6 perché non hanno compilato il retest.

Pertanto, 176 persone hanno partecipato alle 2 fasi dello studio: 140 (79.5%) assistiti e 36 (20.5%) visitatori/accompagnatori. Le caratteristiche del campione sono descritte in tabella 2.

Tabella 2. Caratteristiche del campione Suddivisione del campione per genere, fasce d'età e specialità.	
	N=176
Sesso, maschi, n (%)	89 (50.5)
Età, media (range)	74.06 (65-92)
Fasce d'età	
• 65-69 anni, n (%)	44 (25)
• 70-74 anni, n (%)	53 (30.1)
• 75-79 anni, n (%)	46 (26.1)
• >= 80 anni, n (%)	33 (18.8)
Specialità	
• emodialisi, n (%)	50 (28.4)
• chirurgia oculistica, n (%)	29 (16.5)
• oncologia, n (%)	61 (34.7)
• Visitatori/Accompagnatori, n (%)	36 (20.5)

La *stabilità* di FRQ è stata valutata calcolando l'indice di correlazione di Pearson (0.67) che, nel complesso, ha evidenziato una buona correlazione.

La *consistenza interna* dello strumento è risultata adeguata in quanto il valore dell'Alpha di Cronbach, calcolato sui 12 item di FRQ (test), è risultato di 0.737 (intervallo di confidenza 95%= 0.676-0.791), mentre

se calcolato su 24 item (test e retest) è risultato pari a 0.866 (intervallo di confidenza 95%= 0.836-0.893). La correlazione tra il rischio calcolato con la FRQ e quello percepito dai soggetti è risultata buona (coefficiente di correlazione di Pearson = 0.66).

Le persone risultate a rischio secondo la scala FRQ sono state 95 (53.98%): 65 (68.4%) di queste si sono dichiarate a rischio anche nell'autovalutazione, mentre 30 (31.6%) non si percepivano a rischio di cadute. Le persone non a rischio secondo FRQ sono state 81 (46.02%): 67 (82.7%) di queste si sono dichiarate non a rischio nell'autovalutazione, al contrario 14 (17.3%) si percepivano a rischio di cadute.

Il rischio di caduta, sia percepito soggettivamente che valutato con FRQ, è più elevato tra le donne, tra le persone con età superiore a 80 anni e tra le persone assistite emodializzate del campione.

Si è rilevato che tra i pazienti emodializzati il 42% (n= 21) è caduto nell'ultimo anno, mentre le restanti specialità raggiungono solamente il 22% (n= 28). I pazienti emodializzati hanno anche in maggior numero problemi di equilibrio (Q=Question/domanda. Q3=82%, n=41 e Q4=60%, n=30) e mobilità (Q6=68%, n=34 e Q7=56%, n=28), sono i maggiori utilizzatori di ausili per la deambulazione (Q2=46%, n=23) e sono in maggior numero ad aver paura di cadere (Q5=54%, n=27) rispetto ai pazienti della chirurgia oculistica, dell'oncologia e al totale degli accompagnatori/visitatori.

I principali fattori di rischio delle cadute nel campione analizzato sono stati l'instabilità nella deambulazione (54%, n=95) e la sensazione di tristezza e/o depressione (49%, n=86).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La scala di autovalutazione FRQ ha dimostrato avere ottima validità di contenuto; a parere degli esperti, la check-list misura in modo ottimale i fattori di rischio di caduta. La stabilità dello strumento è risultata essere adeguata, così pure la consistenza interna.

Il rischio percepito soggettivamente dai 176 partecipanti e quello oggettivato dallo strumento sono risultati direttamente correlati.

Anche se lo scostamento fosse risultato più ampio o "non accettabile", il valore dell'auto-compilazione non sarebbe sminuito. Infatti, potrebbe comunque generare una riflessione che potrebbe portare ad un comportamento di prevenzione. Ai fini dell'interpretazione dei dati dello studio, è utile considerare che le diverse risposte fornite dai partecipanti agli items dello strumento, in alcuni casi, sono state condizionate dalla patologia clinica.

Ad esempio la domanda riguardante l'urgenza ad affrettarsi al bagno tra i pazienti emodializzati, che riscontrano una riduzione della minzione, ha portato a risposte prevalentemente negative. Oppure, si pensi all'item sull'assunzione di farmaci che causano vertigini o stanchezza al quale gran parte dei pazienti oncologici hanno risposto affermativamente essendo l'astenia un comune effetto collaterale dei farmaci chemioterapici.

A questo proposito, va evidenziato che i farmaci chemioterapici potrebbero essere considerati un importante fattore di rischio per le cadute, nonostante spesso non vengano riportati in letteratura scientifica tra le terapie che causano cadute.

È bene sottolineare che in letteratura, per l'accertamento del rischio di cadute delle persone al domicilio o in regime ambulatoriale, sono state identificate sei scale di autovalutazione e di queste, nessuna prima d'ora è mai stata riadattata per un eventuale utilizzo in Italia. Le scale di autovalutazione individuate sono state:

- The CAREFALL Triage Instrument (CTI), (Boele Van Hensbroek P et al., 2009; Van Nieuwenhuizen RC et al., 2009);
- Fall Risk Questionnaire (FRQ), (Vivrette L et al., 2011; Rubenstein LZ et al., 2011);
- Fall Risk Assessment & Screening Tool (FRAST), (Oxman Renfro M et al, 2011);
- Fall Risk Screening Tool, (Fielding et al., 2013);
- Falls Screening and Referral Algorithm (FSRA), (Lawson SN et al, 2013);
- Self-Assessment of Fall Risk (SAFR), (Sitzer, 2016).

La maggior parte delle scale non sono sempre applicabili in ogni circostanza a causa del tempo necessario per la compilazione, spesso molto lungo, della complessità con cui sono strutturate e delle peculiarità che caratterizzano alcune di loro.

Ad esempio, la scala CTI è stata costruita per essere somministrata esclusivamente alle persone anziane dopo che si sono recate presso un Pronto Soccorso in seguito ad una caduta. Oppure, la scala FRAST e la scala FSRA utilizzano strumenti specifici, quali, il test "Timed Up and Go", "Home Safety Checklist", "Mood Scale", "Modified Falls Efficacy Scale" e "Elderly Fall Screening Test".

Ugualmente, la scala SAFR risulta di difficile impiego poiché ideata per essere compilata tramite computer e/o tablet, condizione difficilmente realizzabile. Inoltre, alcune condizioni particolari, come il decadimento cognitivo, potrebbero ostacolare l'autovalutazione.

La FRQ risulta uno strumento maneggevole, appropriato e di semplice utilizzo nella popolazione anziana assistita nel contesto territoriale (Rubenstein LZ et al., 2011). I dati del nostro studio sembrano sostenere la sua validità e affidabilità, anche nella versione italiana.

Lo studio effettuato presenta alcuni *limiti*:

- la natura monocentrica, caratterizzata dal coinvolgimento solo di soggetti assistiti o che si sono recati presso un polo ospedaliero.
Lo svolgimento dello studio presso diversi setting avrebbe potuto garantire una maggior generalizzazione dei risultati;
- l'arruolamento di soggetti, in reparti in cui alcune volte l'attività è molto frenetica, può aver comportato una compilazione non sempre adeguata della check-list;
- la scelta di somministrare la scala in contesti sensibili, si pensi all'oncologia o all'emodialisi spesso correlate a cronicità e sofferenza, ha mostrato ulteriori difficoltà nella richiesta di collaborazione ai partecipanti: chiedere la collaborazione di persone che vivono importanti sofferenze non è risultato particolarmente semplice.

La scala di autovalutazione FRQ è uno strumento che può essere utilizzato per aumentare la consapevolezza del rischio di caduta.

La versione italiana si propone come un valido strumento di screening utilizzabile nei soggetti anziani (Rubenstein LZ et al., 2011).

La FRQ non rappresenta uno strumento a sé stante, ma è parte integrante del metodo STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries) ideato dai CDC di Atlanta nel 2013 che prevede l'utilizzo di più strumenti per promuovere la prevenzione del rischio di cadute, per mettere in atto nella pratica clinica interventi il più possibile personalizzati e per aumentare la percezione che le persone anziane hanno riguardo al proprio rischio di cadere; in quanto tale sarà necessario integrarlo in progetti volti a sensibilizzare le persone anziane sull'argomento.

Il percorso di coinvolgimento delle persone anziane nella prevenzione delle cadute e di incoraggiamento attivo all'autonomia nelle attività di vita quotidiane, può essere supportato da strumenti strutturati come la FRQ (Rubenstein LZ et al., 2011) congiuntamente alla disponibilità di materiale informativo.

Presso l'ASST Papa Giovanni XXIII si è iniziato ad utilizzare lo strumento congiuntamente a del materiale utile per informare/educare il paziente (Allegato 1). L'approccio proposto potrebbe stimolare il dibattito e la riflessione inter ed intraprofessionale relativamente al patient engagement quale necessità sempre più contingente di coinvolgere la persona assistita nei processi di presa in carico. Un terzo degli anziani che cadono non riconoscono o non sono consapevoli del proprio rischio personale di cadere (Stevens et al, 2010); questa realtà potrebbe essere modificata perché le cadute, in generale, sono eventi prevenibili.

La scala di autovalutazione FRQ dunque potrebbe essere utilizzata per aumentare la consapevolezza del rischio di caduta, ma anche semplicemente per iniziare una conversazione su questo argomento con i professionisti sanitari, gli amici e la famiglia (Rubenstein et al., 2011). Infatti, molto frequentemente durante la somministrazione di FRQ, i partecipanti allo studio sembravano più motivati a trasmettere al ricercatore la loro storia personale di cadute e creavano spontaneamente uno scambio intellettuale e quindi anche relazionale.

Nonostante l'associazione dei geriatri americani e inglesi abbiano sviluppato delle linee guida sulla prevenzione delle cadute (AGS/BGS, 2011), molti professionisti esitano a parlare di questo con gli anziani e quindi non forniscono nemmeno consigli per la prevenzione.

La check list sviluppata, ed ora tradotta e validata anche in lingua italiana (Caldara et al., 2017), potrebbe invece essere uno stimolo per proporre agli anziani uno strumento di screening valido e per identificare così le persone a rischio (Rubenstein et al., 2011).

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Il progetto di ricerca si è autofinanziato.

BIBLIOGRAFIA

American Geriatrics Society/British Geriatrics Society (AGS/BGS). (2011) *Panel on Prevention of Falls in Older Persons. Summary of the Update American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons*. Journal of the American Geriatric Society. 59(1):148-15.

- Boele Van Hensbroek P, Van Dijk N, Van Breda GF, Scheffer AC, Van der Cammen TJ, Lips P, Goslings JC, de Rooij SE (2009) *The CAREFALL Triage instrument identifying risk factors for recurrent falls in elderly patients*. The American Journal of Emergency Medicine. 27(1):23-36.
- Butcher L (2013) *The no-fall zone*. Hospital & Health Networks, 87(6), 26-30.
- Caldara C, Dell'Aquila R, Maestrini S, Casati M (2017) *La traduzione in italiano del Fall Risk Questionnaire per l'autovalutazione del rischio cadute*. L'Infermiere, 54(3), e47-e54.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries*. <https://www.cdc.gov/steadi/index.html>
- Fielding SJ, McKay M, Hyrkas K (2013) *Testing the reliability of the Fall Risk Screening Tool in an elderly ambulatory population*. Journal of Nursing Management. 21(8):1008-1015.
- Fowler J, Jarvis P, Chevannes M (2002) *Practical Statistics for Nursing and Health Care*, Jhon Wiley & Sons Ltd.
- Ghirardini A, Andrioli Stagno R, Bruno V, Cardone R, Carnevale G, Ciampalini S, De Feo A, Furlan D, Guidotti L, Leomporra G, Seraschi C, Veltri F (2013) *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005 – dicembre 2012)*, Ministero della Salute. www.salute.gov.it.
- Hill E, Fauerbach LA (2014) *Falls and Fall Prevention in Older Adults*. Journal of Legal Nurse Consulting, 25(2), 24-29.
- Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) (2014) *Gli incidenti domestici, Statistiche Report*.
- Johnson C, Aaronson N, Blazeby JM, Bottomley A, Fayers P, Koller M, Kulís D, Ramage J, Sprangers M, Velikova G, Young T (2011) *Guidelines for Developing Questionnaire Modules*. EORTC Quality of life group, Fourth Edition.
- Lawson SN, Zaluski N, Petrie A, Arnold C, Basran J, Dal Bello-Haas V (2013) *Validation of the Saskatoon Falls Prevention Consortium's Falls Screening and Referral Algorithm*. Physiotherapy Canada. 65(1):31-39.
- LoBiondo-Wood G, Haber J (2014) *Nursing research. Methods and Critical Appraisal for Evidence Based Practice*. Elsevier Mosby, 8th edition.
- Maurer M, Dardess P, Carman KL, Frazier K, Smeeding L (2012) *Guide to patient and family engagement: environmental scan report*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Ministero della Salute (2014). *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. <https://goo.gl/GFqN6H>.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2013) *Process of translation and adaptation of instruments*. <https://goo.gl/4ySBP>.
- Oxman Renfro M, Feher S (2011) *Multifactorial Screening for Fall Risk in Community-Dwelling Older Adults in the Primary Care Office: Development of the Fall Risk Assessment & Screening Tool*. Journal of Geriatric Physical Therapy. 34(4):174-183.

- Polit DF, Tatano Beck C (2006) *The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations*. Research in nursing & health, 29(5), 489-497.
- Rubenstein LZ, Vivrette R, Harker JO, Stevens JA, Josea Kramer B (2011) *Validating an evidence-based, self-rated fall risk questionnaire (FRQ) for older adults*. Journal of Safety Research, 42(6), 493-499.
- Sitzer V (2016) *Development of an Automated Self-assessment of Fall Risk Questionnaire for Hospitalized Patients*. Journal of Nursing care quality. 31(1):46-53.
- Sousa VD, Rojjanasirak W (2011) *Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17(2), 268-274.
- Sperber AD (2004) *Translation and validation of study instruments for cross-cultural research*. Gastroenterology, 126(1), 124-128.
- Stevens JA, Ballesteros MF, Mack KA, Rudd RA, DeCaro E, Adler G (2012) *Gender differences in seeking care for*

falls in the aged Medicare population. American journal of preventive medicine, 43(1), 59-62.

- Stevens JA, Noonan RK, Rubenstein LZ (2010) *Older adult fall prevention: perceptions, beliefs and behaviors*. American Journal of Lifestyle Medicine, 4(1), 16-20.
- Tavakol M, Dennik R (2011) *Making sense of Cronbach's alpha*. International journal of medical education, 2,53.
- Tzeng HM, Yin CY (2015) *Patient Engagement in Hospital Fall Prevention*. Nursing Economic, 33(6), 326-334.
- Van Nieuwenhuizen RC, Van Dijk N, Van Breda GF, Scheffer AC, Korevaar JC, Van der Cammen TJ, Lips P, Goslings JC, De Rooij SE (2009) *Assessing the prevalence of modifiable risk factors in older patients visiting an ED due to a fall using the CAREFALL Triage instrument*. American Journal of Emergency Medicine. 28(9):994-100.
- Vivrette L, Rubenstein LZ, Martin JL, Josephson KR, Kramer BJ (2011) *Development of a Fall-Risk Self-Assessment for Community-Dwelling Seniors*. Journal of Aging and Physical Activity. 19(1):16-29.

ALLEGATO 1

CONTROLLA IL TUO RISCHIO DI CADERE			
Per cortesia, cerchiare SI o NO per ogni domanda		Motivazioni	
SI (2 punti)	NO (0 punti)	Sono caduto/a almeno una volta nel corso dell'ultimo anno	Le persone che sono già cadute in passato, hanno un maggior rischio di cadere nuovamente
SI (2 punti)	NO (0 punti)	Utilizzo, o mi è stato raccomandato di farlo, un bastone o un deambulatore (girello) per muovermi in sicurezza	Le persone a cui è stato raccomandato l'utilizzo di un bastone o di un ausilio per camminare potrebbero avere più probabilità di cadere
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Quando cammino, talvolta mi sento instabile	L'instabilità o la necessità di un supporto mentre si cammina sono segnali di scarso equilibrio
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Quando cammino per casa, mi mantengo stabile appoggiandomi ai mobili	Questo è un altro segnale di scarso equilibrio
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Ho paura di cadere	Le persone che hanno paura di cadere sono maggiormente soggette alle cadute
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Ho bisogno di spingermi con le mani per alzarmi dalla sedia	Questo è un segnale di debolezza dei muscoli degli arti inferiori, uno dei principali rischi di caduta
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Ho qualche difficoltà a salire sul marciapiede	Questo è un altro segnale di debolezza dei muscoli degli arti inferiori
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Spesso, devo «correre» in bagno	«correre» in bagno, specialmente di notte, aumenta la probabilità di cadere
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Ho perso un po' di sensibilità ai piedi	L'intorpidimento ai piedi può portare ad inciampare e a cadere
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Assumo farmaci che, talvolta, mi causano vertigini o mi fanno sentire più stanco/a del solito	Gli effetti collaterali dei farmaci potrebbero aumentare la probabilità di cadere
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Assumo farmaci che mi aiutano a dormire o migliorano il mio umore	Talvolta questi farmaci possono aumentare la probabilità di cadere
SI (1 punto)	NO (0 punti)	Spesso, mi sento triste o depresso/a	I sintomi della depressione, quali sentirsi tristi o sentirsi sempre stanchi, sono correlati alle cadute
Totale Punti _____		Esegui la somma dei risultati di tutte le risposte. Se il totale è uguale o superiore a 4 potresti essere a rischio di caduta. Parlane con il tuo medico di famiglia o fai riferimento ai professionisti sanitari dell'ASST Papa Giovanni XXIII.	

DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI DIREZIONE MEDICA
"PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI"
"OPUSCOLO CADUTE AMBULATORIALE"
08/01/2019

GAD Cadute

Gruppo Aziendale Dedicato

Opuscolo cadute ambulatoriale



COSA SI PUÒ FARE PER PREVENIRE LE CADUTE

Scopri qualcosa di più sulla prevenzione delle cadute




Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Papa Giovanni XXIII

www.asst-pg23.it

MOLTE CADUTE POSSONO ESSERE PREVENUTE!

Attraverso dei semplici cambiamenti potrai diminuire le possibilità di cadere

Quattro cose che puoi fare:

1. PARLARNE

Se è caduto, se ha paura di cadere o si sente instabile, ne parli apertamente con gli operatori sanitari e chiedi informazioni sulla prevenzione delle cadute.

Il suo medico potrebbe controllare le terapie che assume e apportare dei cambiamenti. Spesso infatti alcuni farmaci o combinazioni di questi portano sonnolenza e vertigini che rischiano di dare luogo a cadute.

Chiedi anche se è adeguata l'assunzione di vitamina D per migliorare la salute delle ossa e dei muscoli.

2. MANTENERSI IN MOVIMENTO

Cammini e fai esercizi per migliorare l'equilibrio e la forza delle gambe: riducono le probabilità di cadere, aiutano a sentirsi meglio e più sicuri di sé. La mancanza di esercizi porta a fragilità e aumenta le possibilità di cadere.

Chiedi al tuo medico o agli operatori sanitari quali sono gli esercizi più adatti a lei.



3. RENDERE LA CASA PIÙ SICURA

- Rimuovi gli ostacoli dal pavimento e dalle scale, togliendo oggetti, libri, scatole, cavi...
- Elimina o fissa a terra i tappeti di tutte le stanze della casa
- Migliora l'illuminazione: usi luci più forti e installi luci notturne
- Faccia in modo di porre un corrimano lungo le scale e maniglioni per appoggiarsi in bagno
- Usi tappeti antiscivolo nella vasca e nella doccia
- Metta gli oggetti che usa spesso in ripiani bassi in modo da poterli raggiungere facilmente senza usare sgabelli

4. PRENDERE ALCUNE CAUTELE

- Indossi scarpe da casa: comode, con tacco basso e suola antiscivolo
- Prima di alzarsi dal letto stia seduto finché non si senta in equilibrio
- Faccia valutare periodicamente la sua vista e i suoi piedi
- Se ne ha bisogno, non abbia vergogna di utilizzare bastone, girello, carrozzina...

Ora verifichi il suo rischio di caduta compilando la tabella nell'ultima di copertina

Strategie per prevenire le attività 'non infermieristiche': risultati di uno studio descrittivo

**Silvia Grosso¹, Saverio Tonet², Ines Bernard³, Denis De Marchi⁴, Laura Dorigo⁵,
Gianluca Funes⁶, Paolo Gandin⁷, Massimo Lussu⁸, Nicolas Oppio⁹, Stefania Tissot¹⁰,
Luigi Pais dei Mori¹¹, Alvisa Palese¹²**

¹Tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica sede di Feltre (Padova), membro Consiglio Direttivo OPI Belluno

²Infermiere coordinatore Aulss1 Dolomiti

³Infermiere Aulss 1 Dolomiti, membro Consiglio Direttivo OPI Belluno

⁴Infermiere Coordinatore Aulss1 Dolomiti

⁵Infermiere coordinatore Aulss 1 Dolomiti, membro Consiglio Direttivo OPI Belluno

⁶Infermiere Centro Servizi Socio Assistenziali Alpago (BL)

⁷Infermiere A.S.C.A. Agordo (BL)

⁸Infermiere Coordinatore Centro Servizi Socio Assistenziali Alpago (BL), membro Consiglio Direttivo OPI Belluno

⁹Infermiere Case Manager AULss 1 Dolomiti, Revisore dei Conti OPI Belluno

¹⁰Infermiera APSP M. Grazioli, Povo (TN)

¹¹Infermiere Legale e Forense, Presidente OPI Belluno

¹²Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Udine

Corrispondenza: silvia.grosso@unipd.it

RIASSUNTO

Introduzione Ad oggi sono considerate 'non infermieristiche' quelle attività che dovrebbero essere svolte da altri operatori poiché non prevedono l'uso di conoscenze e competenze infermieristiche. Tali attività occupano tra il 35% e il 62% del tempo lavorativo degli infermieri e determinano esiti negativi sugli assistiti, sui professionisti e sulle organizzazioni. Malgrado il crescente dibattito a livello nazionale ed internazionale non sono note le strategie che gli infermieri attivano nel quotidiano per evitare e/o contenere tali attività. L'obiettivo di questo studio è quantificare il fenomeno delle attività 'non infermieristiche' e descrivere le strategie messe in atto dagli infermieri per evitarle e/o contenerle.

Materiali e metodi L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno ha condotto uno studio descrittivo coinvolgendo gli infermieri della provincia (n=1987). Agli infermieri eleggibili (n=1331) è stato somministrato il questionario elaborato nella fase qualitativa del progetto APRI: in particolare, veniva richiesto agli infermieri se avevano attivato strategie per evitare e/o contenere le attività 'non infermieristiche', quali strategie avevano attivato e con quale efficacia percepita.

Risultati Hanno risposto 743 infermieri (55.8%), che hanno dichiarato di svolgere quotidianamente attività 'non infermieristiche' (693, 94.5%) a cui dedicano mediamente un terzo del proprio turno di lavoro (in media 32.6%, IC 95% 31.4-33.7%). Per evitare/contenere tali attività, gli infermieri hanno riferito di aver rivisto in gruppo l'organizzazione del lavoro (445; 60.7%), svolto ore straordinarie (438; 59.7%); discusso in gruppo possibili soluzioni (437; 59.6%), rifiutato di svolgere (435; 59.3%) o documentato lo svolgimento di attività 'non infermieristiche' (424; 57.8%). L'efficacia percepita di tali strategie è tuttavia modesta (da 1.68 a 2.21 in media su una scala Likert da 1 - per nulla - a 4 - molto -).

Conclusioni Almeno un terzo del tempo lavorativo degli infermieri è dedicato ad attività 'non infermieristiche'. Questo aggrava ulteriormente la carenza di cure infermieristiche di cui i pazienti avrebbero bisogno. Circa metà degli infermieri attivano strategie dirette ed indirette per prevenire/contenere il fenomeno delle attività 'non infermieristiche' riferendo tuttavia una percezione di efficacia modesta.

Parole chiave: attività 'non infermieristiche', studio descrittivo, interventi, efficacia

Interventions aimed at preventing 'non-nursing tasks' in daily practice: results from a descriptive study

ABSTRACT

Introduction To date, 'non-nursing tasks' are regarded as activities falling in the scope of practice of other staff since they do not require nursing knowledge and skills. These activities account for between 35% and 62% of

other staff since they do not require nursing knowledge and skills. These activities account for between 35% and 62% of nurses' working time, resulting in negative outcomes for patients, professionals and organizations. Despite the growing debate at national and international level, it turns out not to be well-known which strategies nurses implement in their daily routine to avoid or limit such activities. The aim of this study is (a) to quantify the phenomenon of 'non-nursing tasks' and (b) to describe the strategies implemented by nurses to prevent and/or limit their occurrence.

Methods The Board of Nursing Professions of Belluno, Italy, performed a descriptive study involving nurses from the province (n=1987). The population consisted of nurses active at the time of the study. Eligible nurses (n=1331) were administered the questionnaire elaborated in the qualitative phase of the APRI project asking if they had implemented strategies to avoid or limit 'non-nursing tasks', which strategies they had implemented and what was their perceived effectiveness.

Results 743 nurses (55.8%) responded, declaring they performed on a daily basis 'non-nursing tasks' (693, 94.5%) to which they devoted an average of one third of their work shifts (average 32.6%, CI 95% 31.4-33.7%). To avoid/limit this, the nurses reported that they had had a peer-review of the work organization (445; 60.7%); performed overtime (438; 59.7%); discussed possible solutions in groups (437; 59.6%); refused to perform (435; 59.3%) or documented the performance of 'non-nursing tasks' (424; 57.8%). The perceived effectiveness of these strategies was however ranked as poor (average from 1.68 to 2.21 on a Likert scale from 1 [not at all] to 4 [very much]).

Conclusions At least one third of nurses' working time is devoted to 'non-nursing tasks'. This further exacerbates the shortage of nursing care the patients need. About half of the nurses implement direct and indirect strategies to prevent/limit the phenomenon of 'non-nursing' activities, however reporting a perceived poor effectiveness.

Key words: non-nursing tasks, descriptive study, interventions, efficacy

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni sempre più studi a livello internazionale (Antinaho et al., 2015; Bekker et al., 2015; Chaboyer et al., 2008; Hendrich et al., 2008; Kudo et al., 2012; Lavander et al. 2016; Lu et al., 2008; Munysia et al., 2011; Roche et al., 2015) hanno analizzato le attività svolte dagli infermieri nella pratica quotidiana mettendo in luce differenze tra i diversi paesi pur nel comune denominatore del concetto di assistenza infermieristica e dei suoi scopi. In questo scenario, crescente attenzione è emersa rispetto alle attività che gli infermieri svolgono ma che non sono comprese nel loro campo professionale. Tali attività, denominate attività 'non infermieristiche' (non-nursing tasks) sono state introdotte nel dibattito professionale e scientifico sin dal 1961 (Connor, 1961), sviluppate concettualmente da McKenna nel 1998 e riprese con grande attenzione nell'ultimo quinquennio a causa dell'aumento della loro prevalenza (Bekker et al., 2015; Bruyneel et al., 2013; Kudo et al., 2012; Roche et al., 2015; Velickovic et al., 2014).

Tuttavia, malgrado il dibattito conti ormai più di 50 anni, il concetto di attività 'non infermieristiche' non è stato ancora definito compiutamente: le differenze nella pratica infermieristica tra i Paesi, la percezione eterogenea degli stessi infermieri rispetto a che cosa è – e non è – appropriato al loro campo di attività, nonché la continua evoluzione del ruolo (Benton et al., 2017; Mangiacavalli, 2018) hanno impedito una definizione universalmente condivisa delle attività 'non infermieristiche'.

Pur nell'ambito di un consenso provvisorio, ad oggi sono considerate 'non infermieristiche' quelle attività che dovrebbero essere svolte da altri operatori poiché non prevedono l'uso di conoscenze e competenze infermieristiche (Velickovic et al., 2014) come ad esempio il ritiro dei vassoi del pranzo, la pulizia degli ambienti o le attività di segreteria (Bruyneel et al., 2013; Kudo et al., 2012; Cornell et al., 2010; Kearney et al., 2016). Alcuni autori (Desjardins et al., 2008; Hendrich et al., 2008) hanno incluso tra le attività 'non infermieristiche' anche rispondere al telefono.

Le attività 'non infermieristiche' sono state attribuite a diverse cause quali la riduzione del personale ausiliario e la modificazione nello *staff mix* (Scott et al., 2013; McGillis Hall, 2003; Buchan e Dal Poz, 2002; Roche et al., 2015; Kearney et al., 2016; Bruyneel et al., 2013).

Dal punto di vista dei pazienti, quando gli infermieri svolgono attività 'non infermieristiche' aumentano le *missed care* (Bassi et al., 2018; Kearney et al., 2016; Scott et al., 2013; Roche et al., 2015) e il tempo dedicato alle cure indirette (Antinaho et al., 2015; Chaboyer et al., 2008).

Dal punto di vista degli infermieri, svolgere attività 'non infermieristiche' aumenta la loro insoddisfazione (Bekker et al., 2015; Kudo et al., 2012; Lu et al., 2008; Tarrant e Sabo, 2010; Piko, 2006), la percezione di 'sprecare il proprio tempo' (Hendrich et al., 2008), il rischio di *burnout* e di conflitti all'interno del *team* (Chang e Hancock, 2003; Lu et al., 2008; Tunc e Ozen Kutunis, 2009).

Malgrado la crescente attenzione sul concetto, sulle sue cause ed effetti nonché sul tempo dedicato alle attività 'non infermieristiche' (Bekker et al., 2015) che può variare dal 35% (Fitzgerald et al., 2003) al 62% di un turno di lavoro (Bruyneel et al., 2013), non sono state documentate ad oggi le strategie messe in atto dagli infermieri per evitare e/o contenere il fenomeno. Finalità di questo studio è quantificare il fenomeno delle attività 'non infermieristiche' e descrivere le strategie messe in atto dagli infermieri per evitarle e/o contenerle.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

L'Ordine degli Infermieri di Belluno (OPI) ha disegnato e condotto uno studio descrittivo tra il 2016 e il 2017 quale parte integrante del progetto di ricerca "APRI" (Appropriatezza P^{RO}fessionale Infermieristica, Grosso et al., 2018a) con la collaborazione dell'Università degli Studi di Udine e con il supporto economico della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI).

Popolazione

Rispetto alla popolazione infermieristica complessiva (n = 1987) iscritta all'OPI di Belluno erano eleggibili per lo studio coloro (a) lavorativamente attivi al momento dello studio, sia come infermieri dipendenti sia come libero-professionisti; (b) raggiungibili tramite e-mail certificata o tramite i Coordinatori infermieristici delle strutture presso cui lavoravano e (c) disponibili a partecipare allo studio.

In accordo ai criteri di inclusione erano complessivamente eleggibili 1331 infermieri, ovvero il 66.9% della popolazione infermieristica totale iscritta all'OPI nell'anno in cui si è svolto lo studio.

Strumenti di raccolta dati

Attraverso la prima fase qualitativa dello studio APRI (Grosso et al., 2018b) è stato sviluppato un questionario analizzando la letteratura di riferimento, le lettere pervenute all'OPI riguardanti le attività 'non infermieristiche' e multipli focus group.

Il questionario sviluppato è stato sottoposto alla validità di contenuto, di facciata (SG, ST, IB, LPDM, AP) e a fase pilota per verificare la comprensibilità e la fattibilità.

Non sono stati suggeriti cambiamenti alla formulazione delle domande e pertanto lo strumento è stato confermato.

Il questionario esplorava oltre alle variabili di interesse (demografiche e professionali), le percezioni degli infermieri rispetto a (a) quali sono le attività 'non infermieristiche' svolte dagli stessi nella pratica quotidiana; (b) per quali ragioni tali attività sono svolte; (c) con quali conseguenze sui pazienti,

sulle cure erogate, sull'organizzazione e sulla professione infermieristica.

In particolare, per le finalità del presente studio, veniva chiesto il tempo dedicato ad attività 'non infermieristiche' in percentuale sulla durata del turno (es. 5%, 40%) e se gli infermieri avevano attivato strategie per evitare e/o contenere tali attività (variabile dicotomica, sì/no). Veniva inoltre richiesto di riportare:

(a) quali strategie avevano attivato nell'ultimo anno rispetto ad una lista predisposta di possibili strategie per le quali dovevano indicare con una scala Likert (da 1 poche volte, a 4 sempre) la frequenza di utilizzo.

A tal fine, il questionario prevedeva il set di strategie emerse dalle interviste in profondità realizzate nella prima fase qualitativa dello studio APRI (Grosso et al., 2018b) in cui alla domanda 'nel tuo quotidiano, quali sono gli interventi che gli infermieri individualmente o in gruppo mettono in atto per prevenire o contenere le attività non infermieristiche?' i partecipanti avevano riportato la loro personale esperienza che, categorizzata, aveva restituito cinque tipologie di strategie:

1. la revisione in gruppo dell'organizzazione del lavoro, dei processi assistenziali e dei ruoli;
2. la discussione in gruppo (es. riunioni) di specifiche strategie/soluzioni;
3. il rifiuto di svolgere attività 'non infermieristiche';
4. lo svolgimento di ore straordinarie per completare le attività assistenziali a causa del tempo dedicato a quelle 'non infermieristiche';
5. la documentazione dello svolgimento di attività 'non infermieristiche' al fine tracciarne la frequenza verso gli organi direzionali;

(b) l'efficacia percepita di ciascuna strategia nella riduzione e/o contenimento delle attività 'non infermieristiche' con una scala Likert da 1 (per nulla) a 4 (molto).

Metodo di raccolta dati

Sono state utilizzate due strategie di raccolta dati: per gli infermieri che lavoravano come dipendenti di strutture aziendali, i questionari sono stati distribuiti a mano dai Coordinatori infermieristici delle stesse strutture. Per massimizzare la partecipazione degli infermieri, è stato concesso circa un mese di tempo. Agli infermieri Liberi Professionisti e a coloro che lavoravano in strutture territoriali, comprese cooperative private e residenziali, è stato inviato tramite posta elettronica certificata il link al questionario online.

Per massimizzare la partecipazione, è stato pubblicato sul sito ufficiale dell'OPI di Belluno un invito a rispondere e sono stati inviati tre solleciti via email.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati tramite i metodi e gli strumenti della statistica descrittiva calcolando frequenze, percentuali, medie e Intervalli di Confidenza (IC) al 95%. È stato a tal fine utilizzato il Software SPSS versione 24.00.

Autorizzazioni e considerazioni etiche

Il progetto di ricerca è stato approvato dal Consiglio Direttivo dell'OPI di Belluno con seduta deliberativa n. 30 del 16.07.2015; le fasi progettuali nonché i risultati sono stati presentati all'Assemblea Annuale dell'OPI.

Tutti i partecipanti sono stati informati dello scopo dello studio ed hanno fornito consenso alla partecipazione. I dati sono stati raccolti in maniera anonima, sia quelli compilati on-line che quelli cartacei, utilizzando per quest'ultimi un box di raccolta sigillato all'interno delle Unità Operative.

RISULTATI

Popolazione

Hanno partecipato 743 infermieri sui 1331 coinvolti (55.8%); 10 questionari (0.7%) non erano completi e pertanto non sono stati inclusi nell'analisi. Sono stati dunque analizzati 733 questionari.

La maggioranza dei partecipanti era di genere femminile (606; 82.7%) e l'età media era di 43.6 anni come emerge dalla tabella 1.

La maggior parte aveva una formazione regionale (Scuola Infermieri 476, 64.9%) e il 16.7% (n=123) una formazione avanzata in ambito infermieristico. Larga parte dei partecipanti lavorava in contesto ospedaliero (599; 81.7%).

La quasi totalità degli infermieri ha riferito di svolgere quotidianamente nell'ultimo anno attività 'non infermieristiche' (693; 94.5%) mentre solo 40 (5.5%) ha riportato di non svolgerle mai.

Coloro che le svolgevano, hanno riferito di dedicare mediamente un terzo del proprio turno di lavoro ad attività 'non infermieristiche' (in media 32.6%, IC 95% 31.4-33.7%).

Le strategie utilizzate nel quotidiano

Solo 297 infermieri (40.5%) hanno riportato di aver

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione infermieristica partecipante (n= 733)

Variabili	Freq (%)
Genere	
Femmina	606 (82.7)
Maschio	117 (15.9)
Missing	10 (1.4)
Età media (DS)	43.6 (8.4)
Titolo di studio	
Diploma di Infermiere	476 (64.9)
Laurea in infermieristica	196 (26.7)
Diploma + laurea in infermieristica	32 (4.4)
Missing	29 (4.0)
Formazione avanzata	123 (16.7)
Ambito lavorativo	
Ospedale	599 (81.7)
Distretto	59 (8.0)
Residenziale	51 (7.0)
Libero professionista	15 (2.0)
Altro	9 (1.3)

Legenda: DS, Deviazione Standard

attivato nell'ultimo anno strategie per contenere e/o evitare il fenomeno delle attività 'non infermieristiche'. Tuttavia, entrando nel merito delle possibili strategie, la maggioranza ha riferito di aver rivisto in gruppo l'organizzazione del lavoro, i processi assistenziali e i ruoli (445; 60.7%) e di aver svolto ore straordinarie per erogare l'assistenza infermieristica compensando il tempo speso in attività 'non infermieristiche' (438; 59.7%).

Larga parte dei partecipanti ha riferito di aver discusso in gruppo possibili soluzioni (437; 59.6%) e di essersi rifiutata di svolgere le attività 'non infermieristiche' (435; 59.3%); in misura minore ha riportato di aver documentato lo svolgimento di tali attività (424; 57.8%) (Tabella 2).

Efficacia percepita

La strategia mediamente più efficace come riferito dagli infermieri è maturare ore straordinarie per portare a termine le attività infermieristiche tralasciate per svolgere quelle 'non infermieristiche': sulla scala Likert da 1 (per niente) a 4 (molto) l'efficacia media emersa è stata, infatti, di 2.21 (IC 95% 2.10-2.31). Discutere in gruppo per trovare soluzioni ha riportato valori medi di efficacia di 2.15 (IC 95% 2.06-2.23) seguita dal rivedere in gruppo l'organizzazione del lavoro (media 2.20, IC 95% 2.10-2.22).

Le strategie percepite come meno efficaci, sono rifiutare di svolgere le attività 'non infermieristiche' (media 1.75, IC 95% 1.65-1.84) e documentare tali attività (1.68, IC 95% 1.59-1.76) (Tabella 3).

Tabella 2. Strategie messe in atto dagli infermieri per evitare e/o contenere le attività 'non infermieristiche'

Variabili	Freq (%)
Rivedere in gruppo l'organizzazione del lavoro	445 (60.7)
1 (poche volte), 4 (sempre), media (IC 95%)	2.72 (2.66-2.79)
poche volte	25 (5.6)
abbastanza volte	109 (24.5)
spesso	275 (61.8)
sempre	36 (8.1)
Discutere in gruppo per trovare soluzioni	437 (59.6)
1 (poche volte), 4 (sempre), media (IC 95%)	2.70 (2.64-2.77)
poche volte	22 (5.0)
abbastanza volte	125 (28.7)
spesso	251 (57.4)
sempre	39 (8.9)
Rifiutare di svolgere attività 'non infermieristiche'	435 (59.3)
1 (poche volte), 4 (sempre), media (IC 95%)	1.74 (1.68-1.81)
poche volte	174 (40.0)
abbastanza volte	200 (46.0)
spesso	59 (13.5)
sempre	2 (0.5)
Documentare le attività 'non infermieristiche' svolte	424 (57.8)
1 (poche volte), 4 (sempre), media (IC 95%)	2.14 (2.05-2.22)
poche volte	116 (27.4)
abbastanza volte	149 (35.1)
spesso	144 (34.0)
sempre	15 (3.5)
Maturare ore straordinarie	438 (59.7)
1 (poche volte), 4 (sempre), media (IC 95%)	2.45 (2.38-2.53)
poche volte	46 (10.5)
abbastanza volte	173 (39.5)
spesso	193 (44.1)
sempre	26 (5.9)

Legenda: IC intervallo di confidenza 95%

Tabella 3. Efficacia percepita delle varie strategie

Efficacia percepita, 1 (per niente), 4 (molto)	Media (IC 95%)
Maturare ore straordinarie	2.21 (2.10-2.31)
Rivedere in gruppo l'organizzazione del lavoro	2.20 (2.10-2.22)
Discutere in gruppo per trovare soluzioni	2.15 (2.06-2.23)
Rifiutare di svolgere attività 'non infermieristiche'	1.75 (1.65-1.84)
Documentare le attività 'non infermieristiche' svolte	1.68 (1.59-1.76)

Legenda: IC intervallo confidenza 95%

DISCUSSIONE

Abbiamo quantificato il tempo dedicato ad attività 'non infermieristiche' ed esplorato le strategie attivate dagli infermieri per evitarle e/o contenerle: seppur sia importante studiare quali sono le attività improprie, le cause e le conseguenze, è altrettanto importante realizzare studi che riferiscano gli sforzi quotidiani svolti dagli infermieri per evitarle.

I partecipanti infermieri dell'OPI di Belluno avevano caratteristiche demografiche e professionali simili alla popolazione infermieristica italiana (Fortunato, 2013).

La quasi totalità ha dichiarato di svolgere attività 'non infermieristiche' durante la pratica quotidiana (693, 94.5%), risultati che concordano con quanto riportato in precedenti studi (Bruyneel et al., 2013; Bekker et

al., 2015).

Nello specifico, hanno dichiarato di utilizzare circa 1/3 del loro tempo lavorativo in attività che non sarebbero di loro competenza; si tratta di un dato simile a quello riportato da Hendrich et al. (2009) e di molto superiore a quanto documentato da Desjardins et al. (2008) in cui il tempo impiegato dagli infermieri nello svolgimento di *non-nursing tasks* era del 9% di ciascun turno lavorativo.

Meno della metà degli infermieri (297, 40.5%) ha tuttavia riportato di aver fatto qualcosa per contenere e/o evitare attività non appartenenti al proprio ambito di competenza; questo potrebbe indicare una sorta di rassegnazione e senso di impotenza nel cambiare le prassi operative; ma anche che le soluzioni per contenere il fenomeno siano pertinenza di altri, non

del singolo infermiere. La FNOPI (2018) ha recentemente suggerito che gli infermieri non debbano chiedere alle organizzazioni di evitare gli atti 'demansionanti' quanto piuttosto di insistere sulla necessità di poter esprimere la propria professionalità.

Entrando nell'analisi delle singole strategie, più infermieri (da 57.8% a 60.7%), rispetto a quanti avevano riferito di aver fatto qualcosa per contenere e/o evitare questo fenomeno nell'ultimo anno (40.5%), hanno risposto alle diverse opzioni.

Specificamente le strategie proposte dal questionario (Grosso et al., 2018b) consistevano in interventi (a) 'diretti' volti a evitare/contenere il fenomeno (attuabili a livello individuale, come documentare le attività 'non infermieristiche' svolte o rifiutarsi di svolgerle, e a livello di gruppo, come discutere per trovare soluzioni e rivedere l'organizzazione del lavoro) e (b) 'indiretti', volti a contenere gli effetti del tempo dedicato in attività 'non infermieristiche' come maturare ore straordinarie per completare le proprie attività.

Le strategie più frequentemente riportate sono state, nell'ordine, la revisione dei processi di lavoro e la discussione in gruppo delle possibili soluzioni: questo suggerisce che gli infermieri stanno affrontando la problematica insieme ad altri. Diversamente, maturare ore straordinarie o documentare le attività 'non infermieristiche' sono state attivate in misura meno frequente. Infine, 'rifiutarsi di svolgere le attività non infermieristiche' è emersa quale strategia a minor frequenza di utilizzo.

Valutando l'efficacia, quella percepita come più congrua è stata svolgere le ore straordinarie: gli infermieri dunque scelgono di completare le proprie attività al di fuori del loro orario di lavoro per contenere gli esiti negativi della mancata assistenza sui pazienti, attivando una strategia 'palliativa' di fronteggiamento del problema. Diversamente, discutere le soluzioni o rivedere in gruppo i processi di lavoro, sono state percepite come meno efficaci. Probabilmente gli infermieri ritengono che qualsiasi strategia dovrebbe coinvolgere anche altri professionisti (medici, altri professionisti sanitari) per riorganizzare le modalità operative e i ruoli agiti. Non sempre inoltre, le figure professionali (soprattutto operatori di supporto e amministrativi) che dovrebbero svolgere alcune attività, sono presenti nel contesto lavorativo, rendendo così difficile trovare soluzioni o pensare ad una possibile riorganizzazione.

Anche la strategia "rifiutarsi di svolgere le attività inappropriate" è stata riferita come poco efficace: gli infermieri si percepiscono garanti dei pazienti e sono consapevoli che la mancata erogazione di alcune attività – anche non infermieristiche – potrebbe avere

ricadute negative sulla qualità delle cure (Grosso et al., 2018b). Infine, la strategia percepita come meno efficace in assoluto è stata "documentare le attività 'non infermieristiche' svolte", probabilmente a causa della sensazione che ciò rimanga 'solo sulla carta'.

Limiti

È stata realizzato uno studio descrittivo in un contesto specifico che presenta caratteristiche peculiari, prima fra tutte il fatto di essere un territorio montano.

I risultati di questo studio infatti riflettono la percezione degli infermieri bellunesi; infermieri di altri contesti operativi o con diversa formazione, potrebbero mettere in atto strategie diverse che andrebbero esplorate.

Le strategie incluse nel questionario, limitate qualitativamente e quantitativamente, erano emerse da uno studio preliminare nello specifico contesto: non sono state incluse altre possibili strategie attuabili a diversi livelli (macro, meso e micro) e in diversi setting (ad esempio formativi, nei Corsi di Laurea in Infermieristica oppure organizzativi), suggerendo che ulteriori studi sono necessari in questa direzione.

Inoltre, hanno partecipato prevalentemente infermieri che lavoravano nei presidi ospedalieri della Provincia: potrebbe essere interessante indagare con ulteriori studi se gli infermieri Libero Professionisti e/o che lavorano nelle Strutture Residenziali hanno una diversa percezione del fenomeno e hanno adottato strategie diverse da quelle qui proposte.

CONCLUSIONI

Almeno un terzo del tempo lavorativo degli infermieri è dedicato ad attività 'non infermieristiche'.

Questo aggrava ulteriormente la carenza di cure infermieristiche di cui i pazienti avrebbero bisogno. Per contenere e/o prevenire questo fenomeno, circa metà degli infermieri attivano strategie dirette ed indirette riferendo tuttavia una percezione di efficacia modesta.

Studiare ulteriormente il fenomeno confrontando la prevalenza del tempo dedicato alle attività 'non infermieristiche' in contesti diversi e individuando le strategie attivate in ciascun contesto per contenerlo e/o evitarlo, consente di monitorarlo e identificare buone pratiche da diffondere.

Come suggerisce la FNOPI (2018), le attività 'non infermieristiche' sono un fenomeno da analizzare internamente alle singole organizzazioni data l'enorme variabilità di modelli formativi, organizzativi, gestionali e assistenziali su cui si basano.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Il Progetto di studio APRI dell'OPI di Belluno è stato interamente finanziato dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (Atto Deliberativo del 3/09/2016; comunicato tramite PEC il 30/09/2016, numero protocollo P.6178/I.14).

BIBLIOGRAFIA

- Antinaho, T., Kivnen, T., Turunen, H., & Partanen, P. (2015) *Nurses' working time use- how value adding it is?* Journal of Nursing Management, 23(8), 1094-105. doi: 10.1111/jonm.12258.
- Bassi, E., Tartaglino, D., & Palese, A. (2018) *Missed Nursing Care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review.* Assistenza Infermieristica e Ricerca, 37(1), 12-24. doi: 10.1702/2890.29148.
- Bekker, M., Coetzee, S.K., Kloppe, H.C., & Ellis, S.M. (2015) *Non-nursing tasks, nursing tasks left undone and job satisfaction among professional nurses in South African hospitals.* Journal of Nursing management, 23(8):1115-25. doi:10.1111/jonm.12261.
- Benton, D.C., Cusack, L., Jabbour, R., & Penney, C. (2017) *A bibliographic exploration of nursing's scope of practice.* International Nursing Review, 64(2), 224-232. doi:10.1111/inr.12337.
- Bruyneel, L., Baoyue, L., Aiken, L., Lesaffre, E., Van de Heede, K., & Sermeus, W. (2013) *A multi-country perspective in nurses' tasks below their skill level: reports from a domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries.* International Journal of Nursing Studies, 50, 202-209. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.06.013.
- Buchan, J., & Dal Poz, M.R. (2002) *Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence.* Bulletin of the World Health Organisation, 80(7), 575-580.
- Chaboyer, W., Wallis, M., Duffield, C., Courtney, M., Holzhauser, K., Schluter, J., & Bost, N. (2008) *A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study.* International Journal of Nursing Studies, 45(9), doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.10.007.
- Chang, E., & Hancock, K. (2003) *Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia.* Nursing and Health Sciences, 5, 155-163.
- Connor, R.J. (1961) *A work sampling study of variations in nursing work load.* Hospitals, 35, 40-41.
- Cornell, P., Herrin-Griffith, D., Keim, C., Petschonek, S., Sanders, A.M., D'Mello, S., Golden, T.W., & Shepherd, G. (2010) *Transforming nursing workflow, part 1: the chaotic nature of nurse activities.* Journal of Nursing Administration, 40(9), 366-373. doi:10.1097/NNA.0b013e3181ee4261.
- Desjardins, F., Cardinal, L., Belzile, E., & McCusker, J. (2008) *Reorganizing nursing work on surgical units: a time-and-motion study.* Nursing Leadership, 21 (3), 26-38.
- Fitzgerald, M., Pearson, A., Walsh, K., Long, L., & Heinrich, N. (2003) *Patterns of nursing: a review of nursing in a large metropolitan hospital.* Journal of Clinical Nursing, 12(3), 326-32.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2018) *Ecco le linee di azione della Federazione sul fenomeno Demansionamento.* Scaricato il 14/09/2018 da www.fnopi.it/attualita/2454.htm.
- Fortunato, E. (2013) *Gli Infermieri in Italia: quanti sono, che età anno e come sono distribuiti.* L'infermiere, 4, articolo 13.
- Grosso, S., Tonet, S., Bernard, I., Corso, J., De Marchi, D., Dorigo, L., Funes, G., Gandin, P., Lussu, M., Oppio, N., Tissot, S., Pais dei Mori, L., & Palese, A. (2018a) *Relazione orale I Congresso FNOPI- 5-6-7 marzo 2018 Attività 'non infermieristiche' - Caratteristiche, Cause, Conseguenze: risultati di una Survey dell'Ordine Professioni Infermieristiche di Belluno,* scaricato il 25/09/2018 da http://www.fnopi.it/contenuti_statici/xviii-congresso/pdf-18-slide/15-GROSSO.pdf.
- Grosso, S., Tonet, S., Bernard, I., Corso, J., De Marchi, D., Dorigo, L., Funes, G., Lussu, M., Oppio, N., Pais dei Mori, L., & Palese, A. (2018b) *Non-nursing tasks as experienced by nurses: a descriptive qualitative study.* International Nursing Review, Accepted letter 8 October 2018.
- Hendrich, A., Chow, M.P., Skierczynski, B.A., & Lu, Z. (2008) *A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time?* The Permanente Journal, 12(3), 25-34.
- Kearney, A., Grainger, P., Chubbs, K., & Downey, J. (2016) *Survey of managers regarding nurses' performance of nonnursing duties.* Journal of Nursing Administration, 46 (7/8), 379-384. doi:10.1097/NNA.0000000000000362.
- Kudo, Y., Yoshimura, E., Shahzad, M.T., Shibuya, A., & Aizawa, Y. (2012) *Japanese professional nurses spend unnecessarily long time doing nursing assistants' tasks.* The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 228(1), 59-67.
- Mangiacavalli, B. (2018) *Federazione Nazionale degli ordini delle Professioni Infermieristiche: ora disegniamo il futuro.* L'infermiere, 1. Scaricato da www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page43-articolo509.htm il 19.10.2018.
- Lavander, P., Meriläinen, M., & Turkki, L. (2016) *Working time use and division of labour among nurses and health-care workers in hospitals- a systematic review.* Journal of Nursing Management, 24(8), 1027-40. doi: 10.1111/jonm.12423.
- Lu, H., While, A.E., & Barribal, K.L. (2008) *Role perceptions and reported actual role content of hospital nurses in Mainland China.* Journal of Clinical Nursing, 17, 1011-1022. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01950.x.

- McGillis Hall, L. (2003) *Nursing staff mix models and outcomes*. Journal of Advanced Nursing, 44(2), 217-226.
- McKenna, H. (1998) *The "professional cleansing" of nurses. The systematic downgrading of nurses damages patient care*. British Medical Journal, 317, 1403-1404.
- Munysia, E.N., Yu, P., & Hailey, D. (2011). *How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: an observational study*. Journal of Advanced Nursing, 67(9), 1908-17. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05633.x.
- Piko, B.F. (2006) *Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies, 43, 311-318. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003.
- Roche, M.A., Duffield, C., Friedman, S., Dimitriellis, S., & Rowbotham, S. (2016) *Regulated and unregulated nurses in the acute hospital setting: Tasks performed, delayed or not completed*. Journal of Clinical Nursing, 25(1-2), 153-62. doi:10.1111/jocn.13118.
- Scott, P.A., Kirwin, M., Matthews, A., Morris, R., Lehwaldt, D., & Staines A. (2013) *Report of the Irish RN4CAST Study 2009-2011: A Nursing Work- force Under Strain*. Dublin City University: Dublin, Ireland.
- Tarrant, T., & Sabo, C.E. (2010) *Role conflict, role ambiguity and job satisfaction in nurse executives*. Nursing Administration Quarterly, 34(1), 72-82.
- Tunc, T., & Ozen Kutanis, R. (2009) *Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at university hospital in Turkey*. Nursing and Health Sciences, 11, 410-411. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00475.x.
- Veličković, V.M., Višnjić, A., Jović, S., Radulović, O., Šargić, Č., Mihajlović, J., & Mladenović, J. (2014) *Organizational commitment and job satisfaction among nurses in Serbia: a factor analysis*. Nursing outlook, 62 (6), 415-27. doi:10.1016/j.outlook.2014.05.003.



CONTRIBUTI

Edu-care alle emozioni: la competenza infermieristica nella gestione dell'emotional well being tra gli adolescenti

di **Maicol Carvello (1)**, **Chiara Turri (2)**

(1) Infermiere, Azienda USL della Romagna, Professore a contratto C.d.L. in Infermieristica, Università di Bologna

(2) Infermiera, Ospedali Privati Forlì. Villa Igea

Corrispondenza: maicol.carvello@pec.it

Gli Infermieri e il sostegno emotivo

La salute, secondo i più autorevoli organismi in ambito sanitario è molto più che semplice assenza di patologie o sintomi. Si tratta di una risorsa che permette alle persone di realizzare le loro aspirazioni, soddisfare i loro bisogni al fine di vivere una vita lunga, produttiva e feconda (Herrman et al., 2005; Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Breslow, 2006). Un numero crescente di studi epidemiologici sembra suggerire che le iniziative che mirano a promuovere il benessere fisico con l'esclusione del benessere mentale e sociale siano più facilmente destinate a risultare incomplete e inefficaci (Pavis et al., 1996).

In questa direzione, Jormfeldt (2014) sostiene che un elemento essenziale di conoscenze dovrebbe essere la capacità degli infermieri di fornire sostegno emotivo. Tale sostegno storicamente, risulta parte integrante di una assistenza infermieristica che si possa definire olistica (Hogan, 2004).

Trovare una definizione univoca e universalmente condivisa di *benessere emotivo* non è semplice, dal momento che la letteratura tende a riconoscerlo come un concetto multifattoriale ed individuale (Frey & Stutzer, 2002). È tuttavia condiviso che il benessere emotivo preveda la presenza di emozioni e stati d'animo positivi (contentezza, felicità), l'assenza di emozioni negative (depressione, ansia), soddisfazione per la vita e realizzazione. In altri termini il *benessere emotivo* può essere descritto come “un giudizio positivo verso la vita”, un “sentirsi bene” (Andrews & Withey, 1976; Diener, 2000; Ryff & Keyes, 1995).

La misurazione, il monitoraggio e la promozione del benessere emotivo può essere utile per tutti i professionisti sanitari (Lyubomirsky et al., 2005). Infatti, ad elevati livelli di *emotional well-being* sembra essere associata una ridotta incidenza di malattie e lesioni, un miglior funzionamento del sistema immunitario e più veloci tempi di recupero (Pressman & Cohen, 2005; Ostir et al., 2000; Ostir et al., 2001; Diener & Biswas-Diener, 2008; Frederickson & Levenson, 1998). La valutazione del benessere emotivo può quindi rappresentare un valido strumento infermieristico per la comprensione delle modalità con cui le persone percepiscono la propria vita (Diener & Seligman, 2004; Diener E, 2009).

Numerosi studi hanno cercato di mettere in evidenza il ruolo determinante che gli interventi infermieristici potrebbero avere sul benessere emotivo; ad esempio, il sostegno emozionale si è dimostrato essere efficace nell'assistenza ai pazienti dializzati (Sturesson & Ziegert, 2014) e, sulla stessa linea, i pazienti diabetici sembrano richiedere chiaramente il supporto emotivo da parte degli infermieri (Shiu & Wong, 2002).

Anche nel caso di patologie fortemente invalidanti e croniche, come sclerosi multipla ed artrite reumatoide, gli interventi indirizzati al benessere emotivo si sono dimostrati di grande rilevanza nei processi di elaborazione della nuova condizione di salute (Heiskanen, 2005; Hahir et al., 2008). Inoltre il paziente oncologico, più di altri, presenta notevoli bisogni di natura emotiva (Sussman & Baldwin 2010, Lin & Bauer Wu 2003). Sebbene tale sostegno richieda in alcuni casi una forte apertura e capacità di comprendere il mondo dell'individuo (Ritchie, 2001), esponendo gli infermieri stessi ad elevati rischi di stress (Botti et al., 2006), il supporto psicosociale ed emozionale rimane a tutti gli effetti un elemento fondamentale per una corretta assistenza infermieristica (Legg, 2010).

Adolescenti ed emozioni

I disagi di natura emozionale sembrano avere importanti variazioni dovute alle diverse fasi della vita: l'adolescenza, ad esempio, rappresenta un periodo di sviluppo spesso associato a cali di benessere emotivo tali che ansia e depressione in questa fase sono state considerate significative preoccupazioni per la salute pubblica (Johnson & Greenberg, 2013). La strada che attraversa l'adolescenza è segnata da sfide e transizioni; durante questo stadio di sviluppo gli individui sono in fase di crescita fisiologica rapida, che comprende cambiamenti sia nella struttura che nella funzione cerebrale (Giedd, 2008). Parallelamente a questi cambiamenti fisiologici, si assiste all'emergere di nuove capacità cognitive, che promuovono negli adolescenti modi complessi e sofisticati di relazionarsi con il loro mondo (Keating, 2004). Gli adolescenti spesso credono che nessuno li possa capire e questa percezione può portare a un senso di isolamento, solitudine, depressione e/o ansia (Elkind, 1978). Oltre il 20% degli adolescenti infatti sperimenta un disturbo d'ansia (Kashani & Orvaschel, 1990) e il 20-25% presenta un disturbo depressivo prima di finire gli studi superiori (Lewinsohn et al., 1993). Inoltre, i disturbi emotivi in adolescenza possono aumentare il rischio di sviluppare, nel tempo, comportamenti antisociali o auto lesivi come l'abuso di sostanze, la scarsa frequenza scolastica, la violenza contro sé stessi o altri (Albano et al., 2003; Crocetti et al., 2009). Una volta stabiliti, tali disturbi possono rappresentare fattori di rischio per la psicopatologia adulta (Hayden & Mash, 2014). Ciò detto, la prevenzione in ambito emotivo assume un ruolo fondamentale. Infatti, l'adolescente che ha affrontato nel corso del suo sviluppo numerosi fattori di stress, risulta avere una maggiore probabilità di andare incontro a sfide emotive (comorbidità e sintomi come depressione, ansia o elevati livelli di stress percepito) o comportamentali (uso di sostanze, disturbo del comportamento e dell'adattamento sociale) rispetto ad un adolescente "giovane" che non ha ancora incontrato questi cambiamenti evolutivi (Merikangas et al., 2010; Petersen, 1982).

Educare alla gestione dell'*Emotional well being*

Numerose evidenze sembrano dimostrare il ruolo determinante degli interventi infermieristici volti alla gestione del benessere emotivo adolescenziale, sia in prospettiva preventiva che assistenziale. Il supporto emozionale si dimostra, per esempio, molto efficace nella popolazione giovane ed adolescente affetta da patologia tumorale (Hughes et al., 2017; Dreyer & Schwartz-Attias, 2014; Ritchie, 2001b), negli adolescenti con diabete (Idalski-Carcone et al., 2011) e con fibrosi cistica (Rehisinho & Gomes, 2016).

I benefici di un approccio assistenziale che integri il sostegno emotivo non si limitano tuttavia a condizioni di natura clinica, ma si estendono a tutte quelle situazioni di disagio sociale che potrebbero coinvolgere l'universo adolescenziale, come la violenza sessuale (Campbell et al., 2013), gravidanze precoci (Montgomery, 2003; de Jodge, 2001) e nella gestione dell'anoressia nervosa (Bourion-Bedes et al., 2013) per la quale, all'alleanza terapeutica fondata sul sostegno emotivo sembra perfino essere correlato un aumento del peso.

Già nel 2012 il Royal College of Nursing, sulla base delle forti evidenze e delle statistiche che vedono la figura dell'adolescente fra le più critiche sotto il profilo emotivo, ha ribadito con forza che gli interventi infermieristici all'interno di istituti scolastici, quando ben pianificati e coordinati, riducono i problemi durante questa fase dello sviluppo, promuovendo la cura di sé e la resilienza nelle comunità e prevenendo l'insorgere di malattie (RCN, 2012). Un numero crescente di evidenze dimostra che gli infermieri nel contesto scolastico contribuiscono in modo significativo, agevolando il cambiamento di comportamenti e promuovendo stili di vita sani. Il Dipartimento di Salute Inglese ha proposto, a partire dal 2011, un programma di assistenza al benessere emotivo all'interno degli istituti scolastici, dall'età pre-scolare fino ai 19 anni, nel quale la figura infermieristica rappresenta un fattore determinante per il raggiungimento degli obiettivi. Il contributo dell'infermiere in tale contesto si concretizza, tra gli altri, attraverso interventi quali:

- assicurare l'identificazione precoce dei fattori di rischio; agire su problemi di salute emotiva attraverso interventi educativi;
- utilizzare programmi mirati, basati su prove di efficacia, che promuovano la salute emotiva nelle scuole e nella comunità;
- collaborare con gli insegnanti per fornire seminari e svolgere attività riguardanti la salute ed il benessere emotivo (trattare perciò argomenti come la consapevolezza di sé, l'intelligenza emotiva, la resilienza);
- assicurare l'identificazione precoce delle esigenze emotive;
- raccogliere informazioni sullo stato di benessere emotivo attraverso scale, fornendo supporto in caso di difficoltà comportamentali (DfE, 2011).

Conclusioni

Tali esperienze internazionali ribadiscono ancora una volta come l'infermiere contemporaneo rappresenti un professionista in grado di garantire una assistenza globale ed olistica, rivolta all'individuo in ogni fase della vita non solo attraverso interventi volti alla risoluzione di complicità, ma anche con il *mantenimento* di elevanti standard di salute e benessere. La fascia adolescenziale della popolazione non può che rappresentare un target importante a cui rivolgere attenzioni di natura preventiva ed educativa soprattutto se si considera che, come evidenziato dalla letteratura, questa fase è a tutti gli effetti un periodo dello sviluppo spesso associato ad importanti oscillazioni nei livelli di benessere emotivo. Le esperienze europee suggeriscono che la creazione di specifici progetti, l'attivazione di equipe multi specialistiche accompagnate da specifici percorsi formativi, potrebbero rivelarsi uno strumento estremamente efficace per la prevenzione di comportamenti antisociali, auto-lesivi e patologici secondari a disturbi di natura emozionale.

BIBLIOGRAFIA

- Albano, AM Chorpita, BF.; Barlow, DH (2003) Childhood anxiety disorders. In: Mash, EJ.; Barkley, RA., editors. Child Psychopathology, 279-329.
- Andrews FM, Withey SB (1976) Social indicators of well-being. New York: Plenum Press, 63-106.

- Botti M, Endicott R, Watts R, Cairns J, Lewis K, Kenny A (2006) Barriers in providing psychosocial care for patients with cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 309-316.
- Breslow L (2006) Health measurement in the third era of public health. *American Journal of Public Health*, 96, 17-19.
- Bourion-Bedes S, Baumann C, Kermarrec S, Lignier F, Feillet F, Bonnemains C, Guillemin F, Kabuth B. (2013) Prognostic value of early therapeutic alliance in weight recovery: A prospective cohort of 108 adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*; 52(3):344-350.
- Campbell R, Greeson M, Bybee D, Kennedy A (2013) Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences with SANE-SARTs and the Criminal Justice System, 1998-2007. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research.
- Crocetti E, Klimstra T, Keijsers L, Hale WW, Meeus W (2009) Anxiety trajectories and identity development in adolescence: A five-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 839-849.
- Department for Education (2011) Safeguarding children across services: messages from research, London: Jessica Kingsley Publishers (Editors: C Davies and H Ward).
- Diener E, Biswas-Diener R (2008) Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener E, Seligman ME (2004) Beyond money. Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.
- Diener E (2000) Subjective well being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener E (2009) Assessing well-being: the collected works of Ed Diener. New York: Springer.
- de Jonge A (2001) Support for teenage mothers: a qualitative study into the views of women about the support they received as teenage mothers. *Journal of advanced nursing*, 36(1):49-57.
- Dreyer J, Schwartz-Attias I (2014) Nursing care for adolescents and young adults with cancer: literature review. *Acta haematologica*, 132(3-4):363-74.
- Elkind D (1978) Understanding the young adolescent. *Adolescence*, 13, 127-134.
- Frederickson BL, Levenson RW (1998) Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Frey BS, Stutzer A (2002) Happiness and economics. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 3-18.
- Giedd J (2008) The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42, 321-323.
- Hayden EP, Mash EJ (2014) Child Psychopathology: A Developmental-Systems Perspective. In E. J. Mash, R. A. Barkley (Eds.). *Child Psychopathology*. 3rd edn. New York, NY: Guilford Press.
- Hehir M, Carr M, Davis B, Radford S, Robertson L, Tipler S, Hewlett S (2008) Nursing support at the onset of rheumatoid arthritis: Time and space for emotions, practicalities and self-management. *Musculoskeletal Care*, 6(2), 124-134.
- Heiskanen S (2005) The existing needs of emotional support and its implementation among multiple sclerosis patients at an early stage of the illness. *Hoitotiede*, 17(2), 59-68.
- Herrman HS, Saxena S, Moodie R (2005) Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A WHO Report in collaboration with the Victoria health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; consultato il 05/10/2017 e disponibile all'indirizzo http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.
- Hogan MA (2004) The Nursing Profession. In S. Epstein, L. Stagg & R.L. Brinks (Eds.), *Fundamentals of Nursing: Caring and Clinical Judgment* 2nd Ed. St. Louis: Elsevier.
- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 2(8):e356-e366.
- Idalski Carcone A, Ellis DA, Weisz A, Naar-King S (2011) Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 32(8):581-90.
- Johnson LE, Greenberg MT (2013) Parenting and early adolescence internalizing: The importance of teasing apart anxiety and depressive symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33, 201-226.
- Jormfeldt H (2014) Perspectives on health and well-being in nursing. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(10), 3402.
- Kashani JH, Orvaschel H (1990) A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147(3), 131-8.
- Keating D (2004) Cognitive and brain development. In: Lerner, R.; Steinberg, L., editors. *Handbook of adolescent psychology*. 2nd ed. Wiley; New York, NY.
- Legg MJ (2010) What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 28(3), 61-67.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA (1993) Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

- Lin H, Bauer-Wu S. (2003) Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69-80.
- Lyubomirsky S, King L, Diener E (2005) The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull.* 131(6), 803–855.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.
- Montgomery KS (2003) Nursing care for pregnant adolescents, *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 32(2):249-57.
- Ostir GV, Markides KS, Black SA (2000) Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *J Am Geriatr Soc*, 48, 473-478.
- Ostir GV, Markides KS, Peek MK (2001) The association between emotional well-being and incidence of stroke in older adults. *Psychosom Medicine*, 63, 210–215.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986) First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 consultato il 05/10/2017 e disponibile al sito internet <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Pavis S, Masters H, Burley SC (1996) Lay concepts of positive mental health and how it can be maintained. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Petersen AC (1982) Developmental issues in adolescent health. In TJ Coates, AC Petersen & C. Perry (Eds.) *Promoting adolescent health: A dialogue on research and practice*. New York: Academic Press.
- Pressman SD, Cohen S (2005) Does positive affect influence health? *Psychol Bull*, 131, 925–971.
- Reisinho MC, Gomes B (2016) OC37 - Adolescents with cystic fibrosis: their perspective, *Nursing children and young people*, 28(4):80.
- Ritchie MA (2001a) Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues in Comprehensive Paediatric Nursing*, 24(3), 165-175.
- Ritchie MA (2001b) Sources of emotional support for adolescents with cancer, *Journal of pediatric oncology nursing*, 18(3):105-10.
- Royal College of Nursing (2012) The RCN's UK position on school nursing, ultimo accesso il 01/06/2017 e disponibile al sito internet: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/433282/School_nursing_position_statement_V5FINAL.pdf.
- Ryff CD, Keyes CLM (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
- Shiu AT, Wong RY (2002) Fears and worries associated with hypoglycaemia and diabetes complications: perceptions and experience of Hong Kong Chinese clients. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 155-163.
- Stureson A, Ziegert K (2014) Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 9(10), 3402.
- Sussman J, Baldwin LM (2010) The interface of primary and oncology specialty care: From diagnosis through primary treatment. *Journal of the National Cancer Institute*, 40, 18-24.



CONTRIBUTI

L'assistenza infermieristica all'adolescente ospedalizzato con disagio psichico in fase acuta

di Cristiana Lanfranchi (1), Giancarlo Galbiati (2), Nicola Perico (3), Angela Gloria Vescovi (4)

(1) Infermiere, Blocco operatorio generale 2, Cliniche Gavazzeni S.p.A. Bergamo

(2) Coordinatore Infermieristico, U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura A, ASST Bergamo Est

(3) Coordinatore Infermieristico, U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura B, ASST Bergamo Est

(4) Tutor, Corso di laurea in infermieristica, Centro Formazione Universitaria, sezione ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Università degli Studi di Milano Bicocca

Corrispondenza: gvescovi@asst-pg23.it

Adolescenti e disagio psichico in fase acuta

La World Health Organization (WHO) stima che entro il 2020 il 20% dei giovani avrà bisogno di un supporto psicologico o psichiatrico a causa dell'aumento dell'insorgenza di disturbi mentali nella popolazione minorile e il 50% dei disturbi dell'età adulta si manifestano prima dei 14 anni di età (World Health Organization, 2013).

In Italia, negli ultimi anni, si è assistito ad una crescita esponenziale di soggetti adolescenti con disturbo mentale presi in carico nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) durante la fase acuta di malattia e che necessitano di un ricovero ospedaliero (Giles e Martini, 2016; Bassani, 2017; Conti, 2017). Inoltre, nel 2014 ci sono stati 9.924 ricoveri di adolescenti nella fascia 14-18 e il 27% di questi è avvenuto nei reparti di psichiatria per adulti (Bassani, 2017).

Aggressività, comportamenti dirompenti e ingestibili, psicosi acuta, ideazione suicidaria e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi della condotta alimentare, abuso e maltrattamento, disturbi indotti da sostanze, disturbi comportamentali acuti e gravi nel ritardo mentale e nelle disabilità, disturbi del controllo degli impulsi, isolamento, rituali e fobie complesse sono le principali situazioni che determinano l'emergenza (Bassani, 2017).

Le condotte aggressive maggiori sono i motivi più frequenti di invio ai servizi sanitari nel bambino e nell'adolescente (Sukhodolsky et al., 2005, Dean et al., 2007).

Non di meno, il suicidio è la prima causa di morte nei soggetti con patologia psichiatrica.

In tutte le sue manifestazioni, l'emergenza psichiatrica nell'età evolutiva e nell'adolescenza va affrontata non solo in termini di tempestività e organizzazione dei servizi ma anche di metodo, a partire dall'oggetto della cura (Bassani, 2017). Questa particolare tipologia di persone di cui ci si prende cura, contesi tra l'ambito pediatrico e quello adulto, sono spesso gestiti con difficoltà dai reparti psichiatrici generali a causa delle diverse esigenze di questa categoria rispetto all'adulto, delle specifiche competenze necessarie al personale e delle difficoltà nel garantirne la sicurezza (Worrall et al., 2004, Park et al., 2011).

Obiettivo di questa revisione narrativa della letteratura, è la definizione delle principali peculiarità dell'assistenza infermieristica nell'adolescente ospedalizzato con disturbo mentale in fase acuta, dalle quali fare emergere strategie e interventi adeguati a questa fascia di età.

Cosa dice la letteratura? Il percorso di ricerca

Le ricerche della letteratura è stata effettuata nel maggio 2017, attraverso l'interrogazione delle banche dati: PubMed, Cinahl e Cochrane, con le seguenti parole chiave: *Adolescent, Psychiatric, Emergency, Hospitalisation, Management, Adolescent psychiatry, Nursing, Patient admission, Emergency treatment, Emergency services, Psychiatric nursing*. Non sono stati impostati né limiti temporali né di lingua. È stato impostato il limite di età dei pazienti dai 13 ai 18 anni.

La selezione degli articoli è avvenuta tramite la lettura del titolo e dell'abstract e successivamente attraverso la lettura dell'intero articolo, ove ritenuto pertinente. I criteri di inclusione ed esclusione sono riportati nella Tabella 1.

Tabella 1 - Criteri di ricerca

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Articoli di tutte le lingue	-
Età comprese fra 13-18 anni	Età inferiori a 13 e superiore a 18 anni
Articoli che trattano il tema del disturbo mentale in fase acuta	Articoli che non trattano il tema del disturbo mentale in fase acuta
Articoli che trattano l'assistenza infermieristica	Articoli che non trattano l'assistenza infermieristica
Articoli con full text	Articoli senza full text
Articoli di qualsiasi periodo temporale	-
-	Articoli che trattano disturbi mentali specifici
-	Articoli che trattano l'assistenza all'adolescente all'interno dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA)

Adolescenti e disagio psichico, come assisterli al meglio

Sono stati selezionati 19 studi di natura qualitativa. I contesti assistenziali descritti in questi studi sono vari: la maggior parte dei lavori sono stati svolti in unità operative di psichiatria infantile e adolescenziale (Dean et al., 2010; Hallman et al., 2014; King C. et al., 1995; Inoue et al., 2012; Bobier et al., 2009; Praglowski, 2015) e in unità operative residenziali di psichiatria infantile e adolescenziale (Yonge, 2008; Geanellos R., 2002). Uno studio solamente è stato condotto in un'unità di psichiatria per adulti (Phillips, 2012), e un altro in un dipartimento di emergenza (Kennedy, 2009).

Nei restanti articoli selezionati, (Delaney K.R. & Hardy L., 2008; Delaney K.R., 2014; Weiss et al., 2009; Drew et al., 2009; Davies et al., 2007; Delaney K.R., 2006; Parsons C., 2016; Kaye et al., 2009; Rasmussen et al., 2012) non emergono specifiche sul servizio o struttura di riferimento ove sia avvenuto lo studio.

Per quanto riguarda, invece la provenienza dei lavori: nove studi sono statunitensi (Delaney K.R., 2006; Delaney K.R. e Hardy L., 2008; Delaney K.R., 2014; Drew et al., 2009; Hallman et al., 2014; Kaye et al., 2009; Parsons C., 2016; Praglowski N., 2015; Weiss et al., 2009), uno neozelandese (Bobier et al., 2009), uno britannico (Davies et al., 2007), quattro australiani (Dean et al., 2010; Geanellos R., 2002; Phillips, 2012; Rasmussen et al., 2012), uno giapponese (Inoue et al., 2012) e due canadesi (Kennedy, 2009; Yonge, 2008). L'analisi dei 19 studi selezionati (Tabella 2), ha messo in luce alcune importanti aree di interesse per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti adolescenti affetti da disagio psichico in fase acuta.

Tabella 2 - Caratteristiche degli studi inclusi nella revisione

Documento selezionato	Stato ^a	Tipologia di struttura	Prospettiva ^b	Metodo (i) ^c	Partecipanti ^b (tipologia e n.)	Obiettivo
Bobier et al. (2009)	NZ	Unità operativa di psichiatria adolescenziale	P	QU (scala di valutazione)	P; n=46	Esaminare gli interventi infermieristici e altri interventi multidisciplinari in relazione al miglioramento dei risultati ottenuti su adolescenti, ricoverati in un'unità operativa di psichiatria adolescenziale neozelandese.
Davies et al. (2007)	GB	Non descritta	I	QU		Esaminare il ruolo dell'infermiere nell'interazione con i giovani con problemi e disturbi di salute mentale. Essa esamina ampiamente i giovani, il loro sviluppo, la salute mentale e il benessere, e esplora come gli infermieri possono utilizzare la comunicazione verbale e non verbale.
Dean et al. (2010)	AUS	Unità operative infantili e adolescenziali	M	QU (questionario)	M; n=33	Esaminare l'esposizione all'aggressione e le percezioni del personale riguardo l'impatto dell'aggressività in unità operative infantili e adolescenziali.
Delaney K.R. (2006)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		Fornire una panoramica delle principali guide di valutazione contenenti indicazioni riguardo a come i bambini e gli adolescenti pensano, controllano il proprio comportamento e affrontano i loro sentimenti. Stabilire le ragioni per il contenuto e l'organizzazione di guide di valutazione infermieristica del comportamento adolescenziale e dare suggerimenti per la loro diffusione al personale dell'unità.
Delaney K.R. e Hardy L. (2008)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		Discutere come le dimensioni legate al mantenimento della sicurezza si applichino nel mondo reale per mantenere i giovani e l'unità operativa sicuri. Discutere le sfide che gli infermieri affrontano in ciascuna di queste dimensioni.
Delaney K.R. (2014)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		Spiegare la necessità di costruire un elenco delle competenze dell'infermiere di psichiatria infantile e adolescenziale.
Drew et al. (2009)	USA	Non emerge nel testo	I	QU (utilizzo dei dati acquisiti dall'indagine dell'APNA e dell'ISPN)	I; n=1731	Esaminare la pratica di due gruppi di APRNs specializzati in salute mentale: quelli certificati per il trattamento di bambini (APNP) e adolescenti e quelli certificati solo per trattare gli adulti (APCNS).
Geanellos R. (2002)	AUS	Unità operativa residenziale di salute mentale adolescenziale	I, P	QU (intervista; questionario)	I; n=7 P; n=7	Esaminare la relazione tra infermiere e assistito ed esplorare il modo in cui gli infermieri creano rapporti trasformativi con i clienti e quindi esplorare le caratteristiche distintive di queste relazioni.
Hallman et al. (2014)	USA	Unità operativa di psichiatria infantile e adolescenziale	I	QU (quattro sessioni di formazione da 45 minuti ciascuna; scale di valutazione)	I; n=36	Ridurre i livelli di stress del personale e migliorare la sicurezza dei pazienti e del personale.
Inoue et al. (2012)	J	Unità giapponese di salute mentale adolescenziale	I	QU (tecnica del gruppo nominale; teoria didattica di apprendimento negli adulti di Knowles)	I; n=28	Esaminare le esigenze educative continue degli infermieri in un'unità giapponese di salute mentale adolescenziale.
Kaye et al. (2009)	USA	Servizi di salute mentale	A	QU (intervista telefonica)	A; n=76	Costruire un sondaggio per identificare lo stato attuale e la necessità dei neuropsichiatri infantili e adolescenziali e dei servizi di salute mentale, nonché strategie e raccomandazioni per affrontare le esigenze individuate nello stato di New York.
Kennedy (2009)	CDN	Dipartimento di emergenza	P	QU (scale di valutazione)	P; n= bambini e adolescenti da 8 a 17 anni presentatisi ad un dipartimento di emergenza negli anni 2005-2006	Determinare le caratteristiche demografiche e cliniche dei bambini e dei giovani che si presentano al dipartimento di emergenza per problematiche di salute mentale.

King C. et al. (1995)	USA	Unità di psichiatria adolescenziale per acuti	P	QU (scale di valutazione)	P; n=57 assistiti	Indagare se l'esposizione ad altri adolescenti con comportamenti suicidari abbia portato al contagio di tali comportamenti tra i pazienti ricoverati. Esaminare se alcuni adolescenti esprimono più pensieri suicidari durante l'ospedalizzazione, rispetto al periodo precedente al ricovero.
Parsons C. (2016)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		Descrivere il modello di intervento a sette stadi di Robert, il quale fornisce un approccio evidence based dell'intervento sulla crisi e un quadro utile da cui valutare il progresso delle persone coinvolte.
Phillips (2012)	AUS	Unità operativa di psichiatria	P	QU (revisione retrospettiva dei registri dei pazienti)	P; n=193	Esaminare la validità predittiva della valutazione dei rischi clinici non strutturati e dei fattori di rischio associati all'aggressività e fattori predittivi nelle prime 4 settimane di ricovero.
Pragowski N (2015)	USA	Unità di psichiatria infantile e adolescenziale presso il Johns Hopkins Hospital di Baltimora.	P	QU (pasto in stile familiare; proposta di un menù più sano agli assistiti; cambiamento della quantità di cibo offerto; gruppo di istruzione nutrizionale per gli assistiti ricoverati)	P; n=629	Introdurre un progetto Quality Improvement, con l'obiettivo di sostenere il mantenimento del peso nei bambini e negli adolescenti. Cercare di capire come offrire scelte alimentari sane ai pazienti e quale educazione deve essere fatta sia al personale che ai pazienti per mantenere stabile il cambiamento di peso del paziente durante il ricovero
Rasmussen et al. (2012)	AUS	Unità ospedaliera in Australia.	M	QU (analisi di documenti interni, creazione di gruppi e interviste semi-strutturate)	M; n=19	Descrive i parametri teorici e operativi dell'infermieristica di salute mentale infantile e adolescenziale.
Weiss et al. (2009)	USA	Non emerge nel testo	I	QU (utilizzo dei dati acquisiti dall'indagine dell'APNA e dell'ISPN)	I; n=404	Confrontare le caratteristiche della pratica degli infermieri certificati come CACNS di psichiatria con quelli certificati come FPNP, concentrandosi solamente sui dati degli infermieri effettivamente certificati per fornire assistenza sanitaria ai bambini (cioè CACNS e FPNP).
Yonge (2008)	CDN	Unità di psichiatria adolescenziale residenziale	P, M, A	QU (osservazione partecipativa e non partecipativa del comportamento; interviste semistrutturate; questionari e raccolta di documenti ufficiali e personali, scritti e audiovisivi dell'ambiente sanitario)	P; n=13 M; n=14 A; n=7	Documentare i risultati relativi al passaggio di consegna. Lo studio mira a descrivere le attività quotidiane del personale, dei pazienti e delle famiglie, evidenziare ciò che è stato presunto o dato per scontato sul passaggio di consegna, esplorare il linguaggio, le percezioni, i pensieri e le convinzioni degli operatori in relazione al passaggio di consegna, mantenere un approccio olistico e osservare costantemente l'equilibrio tra processo e risultato.

- a) a. NZ, Nuova Zelanda; GB, Gran Bretagna; AUS, Australia; USA, Stati Uniti; J, Giappone; CDN, Canada.
- b) A, altro; I, infermieri; M, équipe multidisciplinare; P, persone assistite.
- c) QU, metodo qualitativo.
- CACNS: Child and Adolescent Psychiatric Clinical Nurse Specialist.
FPNP: Family Psychiatric Nurse Practitioner.

La sicurezza all'interno dell'unità operativa

Le convinzioni del personale rispetto le cause della malattia o al significato che si adduce ad alcuni comportamenti, può influenzare notevolmente il mantenimento della sicurezza all'interno dell'unità operativa stessa. Gli operatori possono considerare molti disturbi degli adolescenti come intenzionali, dettati dalle modalità relazionali di tale fascia d'età e non causati dalla patologia, rispondendovi quindi con limitata empatia o con comportamenti basati sull'ostentazione della forza.

Inoltre il ritmo organizzativo dei ricoveri e delle dimissioni, non organizzato, programmato e gestito dagli infermieri, può risultare un ostacolo al mantenimento della sicurezza impedendo un controllo sulle acuzie dell'unità operativa (Johnson e Delaney, 2006).

Le differenti *expertise* degli infermieri svolgono un ruolo fondamentale e il poter organizzare personale con competenze differenziate, basate sulla capacità di instaurare rapidamente relazioni efficaci con gli adolescenti, permette di fornire un senso di stabilità e di sicurezza.

Il personale che entra in sintonia con le paure e le interazioni degli adolescenti ha un'opportunità maggiore di intervenire precocemente su un comportamento disturbato o minaccioso e rispondervi così in modo meno coercitivo (Hallman et al., 2014).

Un altro fattore determinante la sicurezza nell'unità operativa risulta essere lo spazio. Gli adolescenti hanno bisogno di più spazio per muoversi rispetto all'adulto, nonostante richiedano comunque la necessità di sorveglianza e, in caso di sopraffazione, irrequietezza o conflitto, di un rapido intervento che possa separare gli uni dagli altri. Alcuni adolescenti possono anche aver bisogno di spazio personale per calmarsi e attenuare emozioni forti, tuttavia non sempre gradiscono essere isolati nelle loro stanze. La sfida è quella di assicurare una sufficiente disponibilità di personale per garantire un controllo degli spazi e delle attività, soddisfacendo le diverse esigenze individuali.

La sicurezza può essere influenzata anche dalla dimensione temporale e dalla strutturazione della giornata di degenza, evitando che l'adolescente si annoi e aumenti il proprio grado di tensione emotiva. Tuttavia, alcuni pazienti potrebbero non essere in grado di accettare un codice normativo, una pianificazione proattiva della giornata o il peso di aspettative, presentando disturbi del comportamento che vanno gestiti con uno stretto affiancamento che possa segnalare tempestivamente un atteggiamento che stia diventando disturbato o disturbante (Delaney, 2008).

Nonostante l'attenzione al mantenimento della sicurezza, gli episodi aggressivi negli adolescenti sono un aspetto comune e piuttosto critico, ma sono poche le ricerche che hanno esaminato l'esposizione all'aggressività e l'impatto che questa può avere sul personale di assistenza. Inoltre i risultati provenienti dai servizi di salute mentale per adulti non possono essere immediatamente tradotti in contesti infantili e adolescenziali (Dean et al., 2010).

Il personale che è stato esposto ad episodi di aggressione sembra maggiormente predisposto alla possibilità di dimettersi e cambiare lavoro, innescando un pericoloso circolo vizioso di sostituzione del personale esperto con personale neoassunto o temporaneo che può rivelarsi meno qualificato per rispondere efficacemente all'aggressione dell'adolescente (Dean et al., 2010).

La sola percezione del rischio di aggressione è un forte fattore predittivo dell'intenzione di lasciare il lavoro (Ito et al., 2001) e l'essere stato esposto ad un'aggressione può portare a conseguenze negative, come l'evitare la persona o avere la percezione che la relazione terapeutica sia compromessa (McKenna et al., 2003; Needham et al., 2005). Al contrario, il personale dovrebbe mantenere una posizione fiduciosa e calma, controllando la propria rabbia e frustrazione (Delaney, 2006^a; Hamrin et al., 2009; Hallman et al., 2014).

In risposta ad un episodio aggressivo, i modelli contemporanei di cura enfatizzano l'importanza dell'empatia, della positività verso il paziente, del rispetto e dell'empowerment (Huckshorn, 2007; McAllister, Moyle, 2008). Per ridurre lo stress nel personale esposto ad aggressività, risultano efficaci brevi programmi di formazione atti ad aumentare la consapevolezza del rischio e ridurre di conseguenza l'assenteismo. Per esempio, Hallman et al. (2014) descrivono il programma *Midfulness-Based Stress Reduction* che ha ottenuto una diminuzione del numero di contenzioni, isolamenti e il numero di osservazioni operatore-paziente 1:1. La prevenzione è risultata l'approccio migliore per aiutare gli adolescenti a sviluppare abilità che permettano di gestire tali episodi e ridurre la loro frequenza.

Gli strumenti di valutazione

In ambito di psichiatria infantile e dell'adolescenza non è ancora stata definita una *best-practice* riguardante gli strumenti di valutazione (Kennedy et al., 2009) e sono molteplici gli strumenti che valutano il rischio di suicidio, il grado di depressione e quello di ansia (Tabella 3). In particolare, rispetto al rischio di aggressione etero diretta, la valutazione eseguita dai clinici in modo non strutturato risulta comunque ancora rilevante e più predittiva rispetto ad altre variabili come la precedente storia di aggressività, il sesso, la storia di autolesionismo e la diagnosi (Phillips et al., 2012). Al contrario, per il rischio di autolesionismo si è dimostrata più predittiva la storia di uno o più atti di autolesionismo o di tentato suicidio (Phillips et al., 2012) insieme al genere femminile (Phillips et al., 2012, Fryer et al., 2004, Becker e Grilo 2007).

Tabella 3 - Principali scale di valutazione del rischio

Acronimo	Nome scala	Autore principale	Oggetto di valutazione	Fascia di età
CDI	Children's depression inventory	Kovacs (1992)	Autovalutazione dei sintomi depressivi	7–17 anni
MASC-10	Multidimensional Anxiety Scale for Children: 10 items	March JS (1997)	Autovalutazione del grado di ansia	8–19 anni
CASS:S	Conners-wells' Adolescent Self-report Scale-Short Form	Conners C (1997)	Auto-segnalazione di comportamenti problematici	12–17 anni
CAPI	Childhood acuity of psychiatric illness	Lyons JS (1998)	Misurazione sintomi acuti e comportamenti a rischio	5–18 anni
SSB	Spectrum of Suicidal Behavior scale	King et al. (1995)	Severità di pensieri e comportamenti suicidari	12–17 anni
SIQ-Jr	Suicidal Ideation Questionnaire-Junior High School Version	Reynolds (1987)	Severità di pensieri e comportamenti suicidari	15-24 anni
SAFE-T	Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for mental health professional	Jacobs Douglas (2007)	Attribuire un livello di rischio e di probabilità di un tentativo di suicidio	12–17 anni
CDRS-R	Children's Depression Rating Scale-Revised	Poznanski, E.O (1985)	Depressione	6–12 anni
SAICA	Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents	John, K (1987)	Percezione dei parenti riguardo all'adeguamento dell'assistito in ambiti come scuola, famiglia, rapporti fra coetanei e aree di svago	Età scolare

La formazione del personale infermieristico

La formazione necessaria all'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza non appare completamente chiara; il contributo che questo professionista può apportare rimane tutt'oggi indefinito, seppur implicitamente accettato (McDougall 2006, Rasmussen et al., 2012).

E' forte l'esigenza di sviluppare un elenco specifico di competenze, per incrementare le attività che potrebbe svolgere come per esempio: il fornire servizi di promozione della salute mentale, l'educazione su come gestire i problemi di salute mentale, la psicoterapia, la relazione con l'intera famiglia del paziente e il case management (Delaney, 2014).

Per i contesti internazionali dove esiste la figura dell'infermiere di pratica avanzata (*Advanced Practice Nurse*), esistono anche la diagnostica dei disordini psichici e la prescrizione e gestione dei farmaci.

Negli Stati Uniti, la preparazione alla pratica avanzata degli infermieri di salute mentale infantile e dell'adolescenza risale agli anni cinquanta. Quando nel 1980 è stata istituita la figura del *Nurse Practitioner*, si è aggiunta anche la possibilità di prescrizione farmacologica. Attualmente restano separate le due certificazioni di *Child and Adolescent Psychiatric Clinical Nurse Specialist* e *Family Psychiatric Nurse Practitioner*, ma non è ancora chiaro se una loro fusione in futuro non possa portare beneficio alla cura di questi soggetti (Weiss et al., 2009).

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Task Force on Workforce Needs (2003) e l'United States department of Health and Human Service (1999) documentano negli Stati Uniti l'insufficiente offerta di professionisti della salute mentale addestrati a curare bambini e adolescenti.

Quando i neuropsichiatri infantili non sono disponibili i *Nurse Practitioner* sono attualmente tra le prime quattro categorie professionali che prescrivono e monitorano i farmaci psicotropi e il loro impiego sono la miglior strategia per migliorare l'accesso alle cure (Kaye et al., 2009).

Il passaggio di consegna

Pochi i dati recuperati in merito al tema. Il passaggio di consegna è un momento che oltre al trasferimento di informazioni, organizza la conoscenza in base a riferimenti comuni, promuove e convalida i ruoli attraverso il linguaggio, offre un momento di condivisione di esperienze, pensieri ed emozioni, insorti durante l'attività lavorativa e costituisce un momento d'incontro per l'espressione di valori insiti nella cultura dell'unità operativa (Yonge, 2008). Il luogo di svolgimento della consegna permette al personale di costruire uno spazio intellettuale ed emotivo privilegiato in cui riunirsi e consolidare la propria conoscenza. In questo spazio, risulta importante esprimere e confrontare sentimenti come l'ansia, la frustrazione e la colpa, così come è importante la funzione del gruppo nel confermare, giustificare e neutralizzare tali sentimenti (Philpin, 2006). Sebbene i risultati positivi sul professionista siano evidenti, i benefici di questo momento di condivisione sugli adolescenti ricoverati non emergono altrettanto chiaramente.

La relazione con l'adolescente

La relazione è una peculiarità insita in tutte le specialità infermieristiche. Gli infermieri di salute mentale devono però esplorare le caratteristiche distintive delle loro relazioni, le modalità adottate e i risultati terapeutici che queste producono. Infatti, alcuni aspetti di questa relazione sono specifici per l'infermieristica di salute mentale come per esempio il cambiamento trasformativo del sé dell'assistito (Geanellos, 2002).

Elementi della pratica quotidiana come il creare un ambiente terapeutico, il guidare il potenziale di cambiamento insito nell'assistito e il facilitare i risultati positivi permettono agli infermieri di salute mentale di supportare il raggiungimento del cambiamento del sé dell'assistito, che non risulta necessariamente legato alla guarigione o alla cura.

L'empatia è un altro elemento caratterizzante la relazione infermiere-assistito di fondamentale importanza terapeutica perché permette di comunicare all'assistito una comprensione del suo mondo (Reynolds e Scott, 1999). Gli adolescenti con esigenze complesse infatti possono anche pensare di non essere in grado di far comprendere le proprie istanze al mondo degli adulti. L'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza, che è in grado di esprimere risposte empatiche, può contribuire ad incoraggiare la comunicazione ed alleviare questo disagio.

Tra le componenti chiave terapeutiche dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza emerge l'ascolto attivo, inteso come processo dinamico e interattivo che richiede un'interpretazione attiva di ciò che viene ascoltato, accompagnata da un feedback al paziente circa la corretta comprensione, (Davies et al., 2007). Dare segnali all'assistito di proseguire nel discorso, richiedere chiarimenti, utilizzare parafrasi o sintetizzare il discorso fatto dall'assistito e il silenzio sono alcuni esempi di ascolto attivo che l'infermiere può mettere in atto. L'infermiere deve avere una comprensione dei concetti fondamentali legati al modo in cui gli adolescenti pensano (cognizione), al modo in cui tentano di controllare il loro comportamento (auto-regolazione) e al modo in cui affrontano i loro sentimenti (regolazione degli affetti). Operando da un quadro concettuale comune, il personale può discutere di avvenimenti specifici, confrontando i loro pareri riguardo all'assistito per raggiungere una comune comprensione psicologica del comportamento (Delaney, 2006c).

Per interpretare questi comportamenti possono essere utilizzate anche delle guide di valutazione al fine di formare le proprie osservazioni verso associazioni comportamentali, modelli di pensiero, deficit cognitivi e problemi di disciplina. Scale come quelle di Kronenberger et al. (1997), di Lyall et al. (2004), di Morse et al. (1998) contengono domande sensibili per effettuare una valutazione individuale dei pazienti per sviluppare interventi appropriati, in particolare quelli che educano l'assistito e facilitano il suo controllo (Delaney, 2006c).

Il controllo del peso

I bambini e gli adolescenti ospedalizzati a causa di una malattia psichiatrica acuta possono avere esigenze e desideri nutrizionali diversi rispetto ai bambini ospedalizzati per altre patologie perché la dieta, il regime farmacologico e la mancanza di attività fisica possono mettere questi pazienti a rischio di aumento di peso (Praglowksi, 2015). Modifiche semplici nel menù, il controllo costante delle porzioni, l'istruzione degli operatori che collaborano alla distribuzione del pasto e l'educazione in materia di nutrizione possono influenzare notevolmente i cambiamenti di peso degli adolescenti ospedalizzati in psichiatria.

Famiglie in crisi

Quando l'episodio di crisi coinvolge anche la famiglia, individuare i fattori di rischio e di protezione che mitigano lo sviluppo della crisi fornisce all'infermiere di vedere l'assistito e la sua famiglia da una prospettiva basata sui punti di forza e non sui deficit (Parsons, 2016).

Le relazioni sociali, la comprensione dello sviluppo dei figli, le competenze genitoriali, il forte sostegno familiare e sociale, l'empowerment individuale, gli stili di vita sani, l'uso costruttivo del tempo, i valori positivi e le competenze sociali sono fattori chiave protettivi che riducono la probabilità di esito negativo dei problemi insorti durante la crisi.

Risulta altresì importante, lavorare su tali elementi come strumenti per potenziare la resilienza familiare per far fronte alla situazione.

La scuola e le influenze tra pari sono considerati elementi critici perché possono divenire sia elementi protettivi che di rischio, a seconda del contesto e delle caratteristiche.

A riguardo, Parsons (2016) identifica sette tappe chiave per la valutazione del rischio: *valutare la letalità*, in cui l'infermiere determina se uno qualsiasi degli individui costituisce un rischio significativo di danno per sé o ad altri; *stabilire una relazione*, in cui si definiscono i ruoli, i limiti, la fiducia e l'empatia di fronte alla sofferenza dell'assistito; *individuare i maggiori problemi*: intervistando individualmente ciascun membro della famiglia, e poi insieme, si identificano i problemi, i punti di forza, le risorse; *trattare con i sentimenti e le emozioni*, facilitando la loro espressione, mantenendo una neutralità terapeutica finalizzando alla risoluzione del problema; *esplorare e generare alternative*, pur focalizzati sulla soluzione, si crea e discutono alternative; *formulare un piano di azione*, partecipando a sviluppare con l'adolescente e la famiglia un piano di azione realistico e realizzabile; e infine *risoluzione della crisi e follow-up*, in cui si individuano i progressi e consolidano le azioni risolutive.

Conclusioni

Questa revisione ha fornito alcune utili indicazioni per la pratica clinica dell'assistenza agli adolescenti ospedalizzati, con disagio psichico in fase acuta (Box 1).

La sicurezza dell'adolescente e dell'unità operativa risulta fondamentale e fortemente influenzata dalle emozioni vissute dai professionisti nell'approccio all'adolescente, come pure l'adeguatezza dell'ambiente e della gestione del tempo degli assistiti.

Nella valutazione del rischio di autolesionismo un importante fattore predittivo è la storia dell'assistito e i precedenti agiti.

Box 1 - Considerazioni per la pratica clinica

Il personale che entra in sintonia con le paure e le interazioni degli adolescenti ha un'opportunità maggiore di intervenire precocemente su un comportamento disturbato o minaccioso e rispondervi in modo meno coercitivo (Hallman et al., 2014).

Gli adolescenti richiedono più spazio per muoversi rispetto all'adulto, nonostante abbiano comunque la necessità di sorveglianza e la necessità di una adeguata gestione del tempo all'interno dell'unità per evitare noia e comportamenti devianti (Delaney, 2008).

La ricerca e il potenziamento delle risorse dell'adolescente e del suo empowerment (Huckshorn, 2007; McAllister, Moyle, 2008), determinano il cambiamento trasformativo (Geanellos, 2002) utile per affrontare le situazioni di crisi.

L'infermiere deve avere allora una comprensione dei concetti fondamentali legati al modo in cui gli adolescenti pensano (cognizione), al modo in cui tentano di controllare il loro comportamento (auto-regolazione) e al modo in cui affrontano i loro sentimenti (regolazione degli affetti). (Delaney, 2006c).

Per il rischio di aggressione etero diretta, la valutazione non strutturata risulta ancora rilevante e più predittiva rispetto ad altre variabili come la precedente storia di aggressività, il sesso, la storia di autolesionismo e la diagnosi (Phillips et al., 2012).

Al contrario, per il rischio di autolesionismo si è dimostrata più predittiva la storia di uno o più atti di autolesionismo o di tentato suicidio (Phillips et al., 2012) insieme al genere femminile (Phillips et al., 2012, Fryer et al., 2004, Becker e Grilo 2007).

Quando l'episodio di crisi coinvolge anche la famiglia, l'infermiere deve individuare i fattori di rischio e di protezione al fine di lavorare sui punti di forza e non sui deficit (Parsons, 2016).

Per ridurre lo stress nel personale esposto ad aggressività, risultano efficaci brevi programmi di formazione atti ad aumentare la consapevolezza del rischio e ridurre di conseguenza l'assenteismo.

Sebbene non emerga una preparazione specifica dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza risulta essere la più idonea all'assistenza di questa categoria (Kaye, 2009) e deve avere una formazione aggiuntiva e propria (Inoue et al., 2009). Emerge dunque l'esigenza di costruire uno specifico profilo di competenze e ampliare le potenzialità degli stessi servizi.

A volte, il comportamento eteroaggressivo come l'autolesionismo sono dipendenti da fattori ambientali; ricoverando l'adolescente e quindi allontanandolo dai *trigger* ambientali abituali, si potrebbe verificare una conseguente diminuzione di questi comportamenti rendendo il ricovero già estremamente terapeutico. Altre volte invece si tratta di comportamenti appresi dai coetanei all'interno dei contesti di psichiatria, aumentando la percentuale di adolescenti ospedalizzati che all'ingresso hanno un basso rischio e un rischio aumentato durante il ricovero. Questo comporta un'attenta valutazione del singolo caso e non può esimersi dalla valutazione anche del contesto in cui si decide di inserire l'adolescente. In questo senso il contesto per adulti potrebbe agevolare comportamenti negativi e peggiorativi la situazione.

Per tutte queste variabili la formazione risulta un nodo cruciale per la loro gestione. Nel contesto internazionale, però, non vi è omogeneità nella preparazione dei professionisti, e non è sovrapponibile alla situazione italiana.

Tuttavia emerge come una preparazione specifica dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza determina la figura specifica, e la più idonea all'assistenza di questa categoria (Kaye, 2009) e deve avere una formazione aggiuntiva e propria (Inoue et al., 2009).

Alcuni Paesi, come gli Stati Uniti, prevedono anche un infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza con funzioni avanzate, come il diagnosticare disturbi psichici e la prescrizione farmacologica. Se lo specifico dell'attività dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza è il cambiamento trasformativo, dell'empowerment e lo sviluppo della resilienza nel paziente, il professionista deve utilizzare il feedback verso l'adolescente circa la comprensione della sua situazione, delle sue esigenze e soprattutto dei suoi sentimenti (Davies et al., 2007).

Spesso nel verificarsi episodi di crisi individuale e familiare, l'infermiere dovrebbe considerare i punti di forza e quindi i fattori protettivi di ogni componente, al fine di poterli sfruttare per condurre l'intero nucleo familiare verso la risoluzione del problema.

BIBLIOGRAFIA

- Bassani L. (2017) La gestione dell'acuzie nel minore. Azioni di prevenzione e risposte al bisogno di ricovero in ambiente ospedaliero. L'esperienza dell'Alto Adige. In: IX congresso internazionale coordinamento SPDC. Gli SPDC oggi: dalla gestione dell'acuzie psichiatrica al nuovo ruolo nella rete dei servizi, 2017.
- Becker D. e Grilo C. (2007) Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: comparisons by sex. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52: 572-580.
- Bobier C., Dowell J., Swadi H. (2009) An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International - Journal Of Mental Health Nursing*, 18(5): 301-309.
- Conners C. Conners' Rating Scales-Revised User's Manual. Toronto: Multi-Health Systems Inc.; 1997.
- Conti P. (2017) Agiti e scompensi psicotici in adolescenza tra territorio DEA e reparti ospedalieri. In: IX congresso internazionale coordinamento SPDC. Gli SPDC oggi: dalla gestione dell'acuzie psichiatrica al nuovo ruolo nella rete dei servizi, 2017.
- Davies J. e Huws-Thomas M. (2007) Care and management of adolescents with mental health problems and disorders. *Nursing Standard*, 21(51): 49-60.
- Dean A. J., Duke S. G., George M., Scott J. (2007) Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. - *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46(6): 711-720.
- Dean A.J., Gibbon P., McDermott B.M., Davidson T., Scott J. (2010) Exposure to aggression and the impact on staff in a child and adolescent inpatient unit. *Archives of Psychiatr Nursing*, 24(1): 15-26.
- Delaney K.R. (2006a) Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews On Evidence-based Nursing* 3(1): 19-30.
- Delaney K.R. (2006c) Learning to observe in context: child and adolescent inpatient mental health assessment. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4): 170-174.
- Delaney K.R. e Hardy L. (2008) Challenges faced by inpatient child/adolescent psychiatric nurses. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(2): 21-24.
- Delaney K.R. (2014) Positioning the Work of Child and Adolescent Psychiatric Nurses. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(2): 49-50.
- Drew B. e Delaney K.R. (2009) National survey of psychiatric mental health advanced practice nursing: development, process, and finding. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 15(2): 101-110.
- Fryer M.A., Beech M., Byrne G.J. (2004) Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38: 26-33.
- Geanellos R. (2002) Transformative change of self: the unique focus of (adolescent) mental health nursing? *International Journal Of Mental Health Nursing*, 11(3): 174-185.
- Giles L.L. e Martini D.R. (2016) Psychiatric emergencies. In: Dulcan M.K. (Ed.) *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*. 2nd edition. American Psychiatric Association Publishing.
- Hallman I., O'Connor N., Hasenau S., Brady S. (2014) Improving the culture of safety on a high-acuity inpatient child/adolescent psychiatric unit by Mindfulness-Based Stress Reduction Training of Staff. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4): 183-189.
- Hamrin V., Iennaco J., Olsen D. (2009) A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 214-226.
- Huckshorn K.A. (2007) Building a better mental health workforce: 8 Core elements. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(3): 24-34.
- Inoue M., Del Fabbro L., Mitchell M. (2012) Assessing the Educational Needs of Mental Health Nurses Working in an Adolescent Inpatient Psychiatric Ward in Japan. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(3): 124-129.
- Ito H., Eisen S.V., Sederer L.I., Yamada O., Tachimori H. (2001) Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, 52(2): 232-234.
- Lyons JS. The severity and acuity of psychiatric illness scales. San Antonio: Psychological Corp; 1998.
- McDougall T. (2006) *Child and Adolescent Mental Health Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Needham I., Abderhalden C., Halfens R. J., Fischer J. E., Dassen T. (2005) Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3): 283-296.
- Jacobs, D. (2007). A resource guide for implementing the joint commission 2007 patient safety goals on suicide: featuring the suicide assessment five-step evaluation and triage (safe-t). *Screening for Mental Health*, 1-19.
- John, K., Gammon, G., Prusoff, B., & Warner, V. (1987). The Social adjustment schedule for children and adolescents (SAICA): Testing of a new semi-structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 898-911.
- Johnson M.E. e Delaney K.R. (2006) Keeping the unit safe: a grounded theory study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12: 13-21.

- Kaye L., Warner L., Lewandowski C., Greene R., Acker J., Chiarella N. (2009) The role of nurse practitioners in meeting the need for child and adolescent psychiatric services: a statewide survey. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(3): 34-40.
- Kennedy A., Cloutier P., Glennie J.E., Gray C. (2009) Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatric Emergency Care*, 25(6): 380-6.
- King C.A., Franzese R., Gargan S., McGovern L., Ghaziuddin N., Naylor M. (1995) Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*, 46(9): 915-918.
- Kovacs M. *Manual for the Children's Depression Inventory*. NorthTonawanda, NJ: Multi-Health Systems; 1992.
- March JS, Parker JDA, Sullivan K, et al. The multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4):554Y565.
- McAllister M. e Moyle W. (2008) An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1): 1826.
- McKenna B.G., Poole S.J., Smith N.A., Coverdale J.H., Gale C.K. (2003) A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1): 56-63.
- Park C., McDermott B, Loy J., Dean P. (2011) Adolescent admissions to adult psychiatric units: patterns and implications for service provision. *Australas Psychiatry*, 19(4): 345-349.
- Parsons C. (2016) *Evidenced-Based Care of Adolescents and Families in Crisis*. *Nursing Clinics of North America*, 51(2): 249-60.
- Patel V., Flisher A.J., Hetrick S., McGorry P. (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569): 1302-1313.
- Phillips N., Stargatt R., Brown A. (2012) Risk assessment of self- and other-directed aggression in adolescent psychiatric inpatient units. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 46(1): 40-46.
- Philpin S. (2006) 'Handing over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nursing in Critical Care*, 11: 86-89.
- Poznanski, E.O., Freeman, L.N., & Mokros, H.B. (1985). *Children's Depression Rating Scale Revised*. *Psychopharmacol Bull*, 21: 979-989.
- Praglowski N. (2015) Family-Style Dining on a Child and Adolescent Psychiatry Unit: a quality improvement project to reduce weight changes in patients. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(2): 92-96.
- Rasmussen P., Henderson A., Muir-Cochrane E. (2012) An analysis of the work of child and adolescent mental health nurses in an inpatient unit in Australia. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(4): 374-377.
- Reynolds W.J. e Scott B. (1999) Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5): 363-370.
- Reynolds WM (1987), *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional Manual*. Odessa, FL. Psychological Assessment Resources.
- Sukhodolsky D.G., Cardona L., Martin A. (2005) Characterizing aggressive and noncompliant behaviors in a children's psychiatric inpatient setting. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2): 177-193.
- Weiss S. e Talley S. (2009) A comparison of the practices of psychiatric clinical nurse specialists and nurse practitioners who are certified to provide mental health care for children and adolescents. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 15(2): 111-119.
- Worrall A., O'Herlihy A., Banerjee S., Jaffa T., Lelliott P., Hill P., Scott A., Brook H. (2004) Inappropriate admission of young people with mental disorder to adult psychiatric wards and paediatric wards: cross sectional study of six months' activity. *British Medical Journal*, 328(7444): 867.
- World Health Organization (2013) "Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020". http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=63&area=Disturbi_psichici (Consultato il 23 maggio 2017).
- Yonge O. (2008) Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(1): 45-51.



ESPERIENZE

Abuso e maltrattamenti nell'infanzia, riconoscerli è importante, ma come?

di Carlotta Zanetti (1), Paola Quarella (2)

(1) Infermiera, U.O. di Chirurgia Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

(2) Assistente sanitaria dell'AUSL di Bologna, Unità di Pediatria Territoriale e Professore a contratto di Infermieristica pediatrica presso il corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna

Corrispondenza: zanetti.carlotta@yahoo.it

Nel 2006 l'OMS ha dichiarato il maltrattamento e l'abuso infantile problema di salute pubblica. Nonostante la sensibilizzazione sociale stia progredendo, la sottostima della questione è ancora ampia persino in campo sanitario. Il professionista idoneo a porre il sospetto è in primo luogo l'infermiere di triage del pronto soccorso (PS) pediatrico. Gli infermieri pertanto dovrebbero dunque essere formati ed aggiornati riguardo il percorso sulla gestione del bambino maltrattato-abusato. Infatti una raccolta corretta ed efficace di segni e sintomi fin dal primo approccio rappresenta uno passaggio fondamentale nel percorso diagnostico/assistenziale di tipo multidisciplinare (OMS, 2002; WHO, 2013; Regione Emilia Romagna, 2013).

A renderlo un problema così impegnativo è come definisce l'OMS nel 2002 il fatto che “La violenza sui minori è molto diffusa ma, al contempo, difficilmente rilevabile sia per meccanismi culturali di minimizzazione e negazione del fenomeno, sia perché si caratterizza per verificarsi prevalentemente all'interno della famiglia col forte rischio di restare inespressa e invisibile”. Ciò spiega perché i dati epidemiologici tendono comunque a sottostimare il fenomeno.

Uno studio dell'OMS del 2000 delinea che sui minori i rapporti sessuali forzati sono 73 milioni e le altre forme di violenza sono 150 milioni; e che ogni anno circa 275 milioni di bambini siano testimoni di violenza domestica in tutto il mondo (OMS, 2002; WHO, 2013). Secondo il Rapporto sulla prevenzione del maltrattamento all'infanzia in Europa (2013), 852 bambini muoiono ogni anno per maltrattamenti, 18 milioni di bambini sono vittima di abuso sessuale con prevalenza nelle femmine, 44 milioni vittima di violenza fisica e 55 milioni di violenza psicologica. Oltre 91 mila minorenni sono stati maltrattati in Italia (CISMAI, 2015; WHO, 2013).

I maltrattamenti e abusi sui minori vengono per la maggior parte dei casi denunciati ai dipartimenti di emergenza. Secondo le ultime linee guida della regione Emilia-Romagna, sono da identificare con il codice ROSSO/NAP, dove l'acronimo sta per ‘Non Avere Paura’, segnalando così l'apertura di un percorso predefinito. In letteratura e anche nelle unità operative però troviamo in realtà ancora oggi l'attribuzione del codice giallo. Non tutte le realtà di primo intervento pediatrico, sembrerebbero dotate di uno strumento che faciliti il professionista nell'individuare le condizioni di rischio di abuso infantile (Regione Emilia Romagna, 2013; Zangardi & Da Dalt, 2008).

Obiettivo dell'esperienza proposta era di descrivere le conoscenze dei professionisti sanitari afferenti alle aree pediatriche di primo intervento, in merito all'abuso infantile e l'eventuale formazione ricevuta. Inoltre si voleva esplorare la loro percezione di utilità e le caratteristiche di un potenziale strumento facilitatore il riconoscimento delle condizioni di abuso infantile.

Il percorso

In letteratura sulla formazione in merito all'accoglienza e ai metodi di rilevazione delle forme di maltrattamento si trova ben poco. Proprio per questo è stato condotto uno studio osservazionale nelle principali unità operative pediatriche di Bologna, che ha coinvolto i medici e gli infermieri ad esse afferenti. A tal fine sono stati coinvolti i coordinatori, gli infermieri e i medici della pediatria e PS pediatrico dell'Ospedale Maggiore e delle unità di PS pediatrico e pediatria d'urgenza del Policlinico Sant'Orsola di Bologna, nel periodo tra luglio e ottobre 2016. Le unità operative sono state selezionate facendo capo alle due aree di emergenza pediatrica più grandi di Bologna, e i rispettivi reparti dove vengono trattati i casi che provengono dal PS.

Il questionario utilizzato per l'indagine era costituito da 11 quesiti a risposta multipla riguardanti la formazione dei professionisti, la loro preparazione, il ragionamento clinico che mettono in atto e infine, la loro percezione di utilità e le caratteristiche di un potenziale strumento che faciliti il riconoscimento di condizioni di rischio di abuso infantile nella pratica clinica. Lo strumento era anonimo ed il ritiro avveniva tramite una busta chiusa.

Risultati

Sono stati restituiti in tutto 68 questionari compilati, dei 86 distribuiti (79%).

Gli infermieri rappresentano poco più del doppio dei medici e sono complessivamente più giovani (Tabella 1).

Tabella 1 - Caratteristiche del campione dei rispondenti al questionario

	Infermieri	Medici	Totale
	N = 47 (68,57%)	N = 21 (31,43%)	N = 68 (100%)
Sesso			
Maschi	10 (21.28)	6 (28.57)	16 (23.53)
Femmine	37 (78.72)	15 (71.43)	52 (76.47)
Età			
<30	6 (12.77)	1 (4.76)	7 (10.29)
30/40	12 (25.53)	6 (28.57)	18 (26.47)
40/50	18 (38.30)	6 (28.57)	24 (35.29)
>50	11 (23.40)	8 (38.10)	19 (27.94)
Titolo di Studio			
Diploma I.P.	26 (55.32)	—	26 (38.24)
Laurea	19 (40.43)	4 (19.05)	23 (33.82)
Post Base	2 (4.26)	17 (80.95)	19 (27.94)

I risultati dell'indagine sono descritti nella tabella 2. Quasi tutti i professionisti rispondenti (87%), hanno dichiarato di essere a conoscenza del percorso preferenziale attuale circa il minore vittima di abuso o maltrattamento, sebbene il 23.53% di questi solo in parte.

Alla domanda 'Sapresti attuare il percorso preferenziale e l'immediata assistenza al minore secondo le linee guida nel caso si presenti l'occasione', la maggior parte ha risposto in modo affermativo (48.53%) o parzialmente affermativo (36.76%). Coloro che dichiaravano di non saper attuare suddetto percorso erano maggiormente gli infermieri (infermieri 19.15% versus medici 4.76%). I risultati mostrano che solo il 41.18% dei rispondenti ha partecipato ad una formazione specifica sul tema dell'individuazione delle condizioni di abuso. Ciò corrisponde al fatto che 30 dei professionisti coinvolti sono afferenti all'unità di riferimento per i casi di abuso e maltrattamento per la regione Emilia-Romagna. In generale, gli altri rispondenti (61.76%) non ritengono di essere opportunamente formati per riconoscere situazioni di abuso o maltrattamenti. Inoltre poco meno della metà del campione (45.59%), ritiene di essere competente per assistere un minore con questa diagnosi o sospetto della stessa. Va considerato anche che il 55% delle risposte affermative è stato dato dagli infermieri, e solo il 33% dai medici.

Quasi tutti i rispondenti (l'89.71%) hanno dichiarato che durante la raccolta dati/anamnesi valutano globalmente il bambino e il suo ambiente e considerano come probabile problema principale anche quello del sospetto abuso o maltrattamento e nello specifico:

- il 73.53% in base al racconto mostrato analizza la questione globalmente tenendo in mente anche questa possibilità;
- il 16.18% solo nel caso in cui il genitore esprima una condizione di dubbio rispetto a ciò;
- il 2.94% pensa che i casi siano troppo limitati/rari per analizzare il caso anche sotto questo aspetto; il 7.35% pensa sia competenza esclusiva del medico.

La quasi totalità del campione pensa possa essere utile uno strumento che faciliti il riconoscimento o aiuti a porre il sospetto di abuso/maltrattamento durante il triage.

Tabella 2 - Le risposte al questionario

Domande	Infermieri	Medici	Totale
	N = 47	N = 21	N = 68
1. Conosci il percorso relativo al minore vittima di maltrattamenti/abuso?			
si	26 (55.32)	17 (80.95)	43 (63.24)
no	9 (19.15)	—	9 (13.24)
in parte	12 (25.53)	4 (19.05)	16 (23.53)
2. Sapresti attuare il percorso preferenziale e l'immediata assistenza al minore secondo le linee guida nel caso si presenti l'occasione?			
si	23 (48.94)	10 (47.62)	33 (48.53)
no	9 (19.15)	1 (4.76)	10 (14.71)
in parte	15 (31.91)	10 (47.62)	25 (36.76)
3. Hai fatto formazione sul tema maltrattamenti e abuso sull'infanzia?			

si	16 (34.04)	12 (57.14)	28 (41.18)
no	31 (65.96)	9 (42.86)	40 (58.82)
4.Come professionista ritieni di essere opportunamente formato per riconoscere situazioni di abuso o maltrattamenti?			
si	18 (38.30)	8 (38.10)	26 (38.24)
no	29 (61.70)	13 (61.90)	42 (61.76)
5.Ritieni di essere competente per affrontare/assistere un minore con diagnosi di sospetto abuso/maltrattamenti?			
si	24 (51.06)	7 (33.33)	31 (45.59)
no	23 (48.94)	14 (66.67)	37 (54.41)
6.Durante la raccolta dati/anamnesi consideri il sospetto di maltrattamenti e abuso ?			
si, in base al racconto mostratomi analizzo la questione globalmente tenendo in mente anche questa possibilità	34 (72.34)	16 (76.19)	50 (73.53)
si, solo nel caso il genitore esprima una condizione di dubbio rispetto a ciò	8 (17.02)	3 (14.29)	11 (16.18)
no, penso che i casi siano troppo limitati/rari per analizzare il caso anche sotto questo aspetto	2 (4.26)	—	2 (2.94)
no, penso sia competenza esclusiva del medico durante la visita ambulatoriale	4 (6.38)	2 (9.52)	5 (7.35)
7.Pensi possa essere utile uno strumento che faciliti il riconoscimento o comunque aiuti a porre il sospetto di abuso/maltrattamenti durante il triage?			
si, sarebbe molto utile	27 (57.45)	19 (90.48)	46 (67.65)
si, sarebbe abbastanza utile	16 (34.04)	2 (9.52)	18 (26.47)
no, sarebbe poco utile	3 (6.38)	—	3 (4.41)
no, non sarebbe per niente utile	1 (2.13)	—	1 (1.47)
10.Pensi sia importante per l'infermiere di triage porre con prontezza il sospetto di abuso/maltrattamenti?			
molto	36 (76.60)	17 (80.95)	53 (77.94)
abbastanza	11 (23.40)	4 (19.05)	15 (22.06)
poco	—	—	—
per nulla	—	—	—
11.Pensi possa essere utile vedere dal programma informatico del triage i precedenti accessi del bambino in pronto soccorso?			
molto	37 (78.72)	17 (80.95)	54 (79.41)
abbastanza	10 (21.28)	4 (19.05)	14 (20.59)
poco	—	—	—
per nulla	—	—	—

Rispetto alle caratteristiche che dovrebbe avere il potenziale strumento per guidare il riconoscimento delle condizioni di abuso, la maggior parte dei professionisti (79.41%), ha risposto “di facile utilizzo”. Per quanto riguarda la tipologia di formato, hanno espresso la preferenza per una check-list con raccolta di segni e una scala di valutazione del rischio. Alla domanda “Pensi sia importante per l’infermiere di triage porre con prontezza il sospetto abuso/maltrattamento?” Hanno risposto all’unanimità in modo positivo sia medici che infermieri. Inoltre sempre unanime è stata la risposta positiva al quesito riguardo l’utilità di consultare il sistema informatico del triage anche da parte dell’infermiere rispetto i precedenti accessi in PS.

Conclusioni

Identificare o accertare un caso di maltrattamento/abuso sul minore significa attuare un intervento delicato e complesso che presuppone un elevato grado di professionalità, gestione dell’emotività e competenza specifica.

Dall’attenta analisi di tutti i dati possiamo dedurre che poco più della metà della popolazione che ha partecipato a questa indagine, conosce il percorso preferenziale del bambino abusato o maltrattato, e in maggioranza sono medici. D’altro canto, ancora molti sono coloro che dichiarano che avrebbero difficoltà a mettere in atto nella pratica le conoscenze acquisite su questo tema così delicato, anche perché, è più della metà del campione ritiene di non aver ricevuto adeguata formazione. La scarsa percezione del grado di competenza dichiarato, potrebbe dipendere, come sostengono i professionisti, dai corsi poco specifici, e dall’assenza di protocolli operativi e definiti nei dettagli, al fine di guidarli nella pratica clinica. Risulterebbe pertanto cruciale un aggiornamento continuo di tutte le figure sanitarie su queste circostanze, utilizzando modalità di apprendimento attivo, con discussione di casi clinici, simulazioni, incontri multidisciplinari e revisione di casi trattati.

Dall’indagine si evince che probabilmente su questo tema del riconoscimento della condizione di rischio di abuso, c’è ancora molto spazio di miglioramento sia come formazione che come ricaduta nella pratica clinica.

L’indagine ha mostrato come sia ampiamente riconosciuta la competenza e la responsabilità dell’infermiere nell’accoglienza e nel rilevamento di segni e sintomi di abuso o maltrattamento. Inoltre è stata ritenuta utile la costruzione di uno strumento che faciliti questa fase di identificazione per gli infermieri in triage.

In base ai risultati dell’indagine, si è voluto elaborare una proposta di strumento che faciliti la raccolta dati e il riconoscimento della condizione di rischio, quando questa non è palese, ovvero quando il minore e chi lo accompagna giungono in triage celando l’accaduto o nascondendolo sotto una differente sintomatologia.

La proposta di strumento si presenta come una check-list (Box 1) che indica gli ambiti da indagare per una corretta anamnesi, guida l’infermiere nell’accertamento e nello stesso tempo, si configura come una scala di valutazione del rischio. Infatti ad ogni indicatore, corrisponde un punteggio, capace di identificare il potenziale livello di rischio a cui è sottoposto il minore che giunge al triage. In questo modo una volta compilata la check list, l’infermiere può essere in grado di porre il sospetto o meno di abuso in modo oggettivo e con criteri condivisi con gli altri colleghi.

Lo strumento è stato costruito in base alle evidenze già note nella letteratura internazionale sulla prevenzione e il riconoscimento di minori vittima di abuso e maltrattamento e secondo le ultime linee guida regionali dell'Emilia Romagna. Si sottolinea che però non è stato ancora eseguito uno studio di validazione per verificarne l'effettiva specificità e sensibilità e i relativi punteggi di cut-off.

BIBLIOGRAFIA

- OMS, (2002) Quaderni di sanità pubblica: Violenza e Salute nel mondo. Milano: CIS editore, World Health Organization.
- WHO Regional office for Europe, (2013) European report on preventing child maltreatment, Disponibile all'indirizzo www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-report-on-preventing-child-maltreatment.pdf, consultato aprile 2018.
- D'Andrea MS, De Palma A, Gaudio RM, Masi M, Sola N. I quaderni del professionista (novembre 2013), Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso. Regione Emilia-Romagna, Bologna, disponibile all'indirizzo: http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/quad_1_valutazione_clinica_e_medico_legale.pdf, consultato aprile 2018.
- CISMAL: Autorità Garante per L'Infanzia e L'Adolescenza, Terre de Hommes, (maggio 2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, Risultati e Prospettive, disponibile all'indirizzo: <https://terredeshommes.it/wp-content/uploads/2015/05/Indagine-maltrattamento.pdf>, consultato aprile 2018.
- Zangardi T., Da Dalt L., (2008) Il triage pediatrico, Padova: Piccin editore.

Box 1 - Check-list per l'abuso infantile	
Nome:	Cognome:
Età:	
Motivo di ingresso in PS: Data e ora di arrivo:	
○ ASCOLTARE	/2
- il racconto del minore se spontaneo	
- il racconto dell'accompagnatore	
○ OSSERVARE	/2
- il comportamento del minore	
- il comportamento dell'accompagnatore	
○ RICERCARE segni e sintomi fisici sul minore	/5
- ematomi, ecchimosi, morsi	
- ustioni	
- segni ano – genitali	
- trascuratezza	
- sospette fratture	
○ NOTARE segni comportamentali alterati	/6
- ansia	
- pianto improvviso	
- scarsissima stima di sé, apatia, depressione	
- disturbi del sonno	
- autolesionismo o rifiuto visite mediche	
- impulsivo, isterico, iperattivo	
○ INDAGARE sui fattori di rischio	/4
- condizioni abitative inadeguate	
- malattie croniche o disabilità	
- utilizzo della punizione corporale	
- conflitti nella coppia genitoriale	
○ ESEGUIRE una adeguata anamnesi familiare	/3
- abuso di alcol o droghe	
- età dei genitori	
- vittime di abuso o maltrattamento	
○ CERCARE precedenti accessi in PS	/3
- fratture multiple	
- numerosi accessi e inutili	
- riaccede sempre per casi simili	
	/25
Livello di Rischio: ○ Basso (1-5) ○ Medio (6-10) ○ Alto (11-25)	
Firma dell'Infermiere:	

ESPERIENZE

Health Literacy e promozione della salute, un'indagine conoscitiva attraverso il Newest Vital Sign

di Elena Cristofori (1), Cinzia Di Martino (2), Alberto Fusani (3)

(1) Tutor didattico 3° anno CdL in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(2) Tutor didattico 2° anno CdL in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(3) Infermiere clinico, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Roma

Corrispondenza: elena.cristofori@unicatt.it

Il termine *Health Literacy* è stato utilizzato per la prima volta negli anni '70 ed è diventato sempre più importante nella sanità pubblica (Zhang et al., 2016). In italiano significa letteralmente “Alfabetizzazione Sanitaria” e rappresenta l'insieme di tutte le capacità di accesso, elaborazione e comprensione delle informazioni, che un individuo possiede ed utilizza per promuovere e salvaguardare la propria salute, elaborare giudizi e prendere decisioni in merito al proprio stile di vita. L'*Health Literacy* è considerato un determinante di salute con un peso importante sullo stile di vita, sull'accesso ai servizi sanitari e sull'adesione alle terapie. Inoltre è un fattore chiave per migliorare la salute ed il benessere, riducendo le disuguaglianze sanitarie (Sorensen et al., 2017).

Obiettivo dell'esperienza condotta è valutare il grado di alfabetizzazione sanitaria in un campione di popolazione e descrivere eventuali associazioni tra il livello di istruzione, il genere, l'età e il livello di alfabetizzazione come determinante nella cura della propria salute.

Health Literacy e salute

Lo studio sull'evoluzione della mortalità delle prime 25 cause di morte dell'Istat del 2017, mette in luce che in Italia si è verificata un'importante riduzione del tasso di mortalità per molte patologie non trasmissibili, e quindi sensibili alla funzione di promozione dei determinanti di salute, nell'arco temporale che va dal 2003 al 2014 (Istat, 2017).

I risultati dello studio presentano un fenomeno con importanti tassi di riduzione dei decessi nelle prime 4 cause di mortalità (malattie cardiache e cardiovascolari). Allo stesso modo si riduce la mortalità da altre patologie non trasmissibili, come le malattie croniche delle basse vie respiratorie (tabagismo), il diabete mellito (alimentazione) e i tumori del colon, del retto e dell'ano (alimentazione e attività fisica). Il fenomeno descritto è molto probabilmente frutto di un grande sforzo fatto in questi ultimi 9 anni in Italia in tema di promozione e di educazione della salute che sono migliorate notevolmente. Tendono invece ad aumentare i decessi per patologie neurodegenerative come l'Alzheimer, patologie tumorali come il tumore del fegato e dello stomaco. Lo stesso studio mette in luce anche la diversa distribuzione dei decessi nelle varie regioni italiane a conferma delle disuguaglianze di salute per differente offerta di servizi e sostegno alla salute ma anche per differenti capacità della popolazione italiana di gestione del proprio bene salute.

La gestione della salute quindi, si diversifica nelle varie regioni a causa di probabili differenze nell'alfabetizzazione sanitaria ai determinanti di salute delle patologie non trasmissibili e correlate ai fattori di rischio che vengono trattati e non. Inoltre questi dati permettono soprattutto, di capire come le diverse abitudini e stili di vita, culture e tradizioni, possano influenzare positivamente o negativamente la salute di una popolazione. Al lavoro di promozione della salute che il nostro Sistema Sanitario Nazionale nel suo insieme sta svolgendo, si uniscono gli infermieri che nel rispetto delle differenze culturali e di contesto quali parti integranti di ogni popolazione, sono parte attiva nel mantenere e migliorare gli standard di educazione e alfabetizzazione sanitaria.

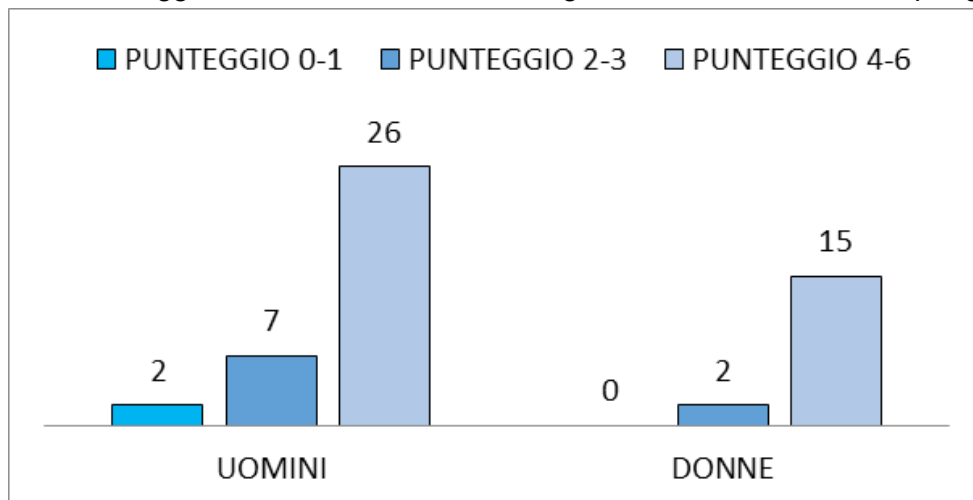
La nostra esperienza di indagine

In questo studio, è stato scelto come strumento il *Newest Vital Sign* (NVS) validato nella sua versione per la popolazione italiana (NVS-IT) (Capecchi et al., 2015). Questo strumento è il più utilizzato a livello mondiale per la misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria. Lo strumento si propone di misurare l'abilità di lettura (*literacy*) e la capacità di compiere semplici operazioni di calcolo numerico (*numeracy*). Tali abilità, risultano essere indispensabili al momento dell'interpretazione delle prescrizioni mediche e quindi nell'assunzione di farmaci. La popolazione coinvolta in questa indagine, è abitante nella regione Lazio, non presenta deficit cognitivi specifici ed è appartenente a qualsiasi condizione sociale ed economica. Il campione propositivo di convenienza studiato è costituito da 52 persone, di cui 35 di genere maschile e 17 femminile, il più giovane ha 18 anni mentre il più anziano 68 anni. Ad ogni soggetto è stato presentato verbalmente il progetto (obiettivo e metodo) garantendo la libertà di adesione su base volontaria e nel rispetto dell'anonimato. Nello svolgimento del test, le persone dovevano leggere e comprendere un'etichetta nutrizionale, la quale rimaneva in loro possesso per tutta la durata dell'intervista. Per ogni soggetto del campione, sempre il medesimo intervistatore ha formulato 6 domande, attraverso le quali è stato possibile valutare il livello di *numeracy* e di *literacy*. Per ogni risposta corretta veniva assegnato 1 punto, per ogni risposta sbagliata 0 punti, per un totale da 0 punti (minimo) a 6 punti (massimo). I punteggi ottenuti sono stati suddivisi in 3 intervalli: Il punteggio di 0-1 suggerisce l'alta probabilità di alfabetizzazione limitata. Il punteggio di 2-3 indica la possibilità di un'alfabetizzazione limitata. Il punteggio di 4-6 indica un'alfabetizzazione adeguata. I test erano anonimi, e gli unici dati riguardanti l'intervistato raccolti sono stati: il genere, l'età e l'istruzione.

Health Literacy, i risultati dell'indagine

I dati raccolti sono stati analizzati considerando i punteggi ottenuti nel campione, suddividendoli per età, istruzione e genere.

E' stato osservato che 2 persone su 52, entrambe di genere maschile, hanno ottenuto un punteggio che rientra nel gruppo punteggio 0-1; 9 persone su 52 di cui 2 donne e 7 uomini, si sono posizionati nel gruppo punteggio 2-3; 41 persone su 52, di cui 26 uomini e 15 donne, si sono posizionati nell'ultimo gruppo, punteggio 4-6 (Figura 1).

Figura 1 - Punteggio ottenuto al Newest Vital Sign versione italiana, diviso per genere

Da questi dati si evince che la maggioranza (41/52) dei punteggi ottenuti, si colloca nella fascia di alfabetizzazione adeguata, 15 donne su 17 (88.24%) hanno ottenuto questo punteggio, mentre negli uomini è stato conseguito da 26 persone su 35 (74.29%).

Per quanto riguarda l'età, i 52 partecipanti sono stati suddivisi in 5 classi: 18-27 anni, 28-37 anni, 38-47 anni, 48-57 anni, 58-68 anni. I partecipanti per classe sono: 26 nella prima classe (18-27), 9 nella seconda (28-37), 6 nella terza (38-47), 7 nella quarta (48-57) e 4 nell'ultima (58-68). E' risultato che nel gruppo punteggi 0-1, si trovava 1 partecipante della prima classe e 1 dell'ultima.

Invece nel gruppo punteggi 2-3, erano collocati 4 partecipanti alla prima classe, 3 alla seconda, nessuno alla terza e 2 alla quarta. Nell'ultimo gruppo con punteggi 4-6, erano in 21 i partecipanti alla prima classe, 6 alla seconda e alla terza, 5 alla quarta e 3 all'ultima.

Considerando questi risultati nel loro insieme, è stato evidenziato come il 3.85% dei partecipanti (n. 2 soggetti) presentava un'alta probabilità di alfabetizzazione limitata, di cui il 100% è di genere maschile, il 50% ha una laurea triennale ed il 50% ha un diploma di maturità; il 50% apparteneva alla classe di età 18-27 e il 50% alla classe di età 58-68. Il 17.30% dei partecipanti (n. 9 soggetti) presentava una possibile alfabetizzazione limitata, di cui la maggioranza era di sesso maschile (77.80%), il 33.33% aveva la laurea triennale ed il 66.67% il diploma di maturità; il 44.44% avevano un'età compresa tra 18 e 27 anni, il 33.33% tra 28 e 37 anni, infine il 22,22% apparteneva alla classe di età 48-57. (Figura 2 e 3).

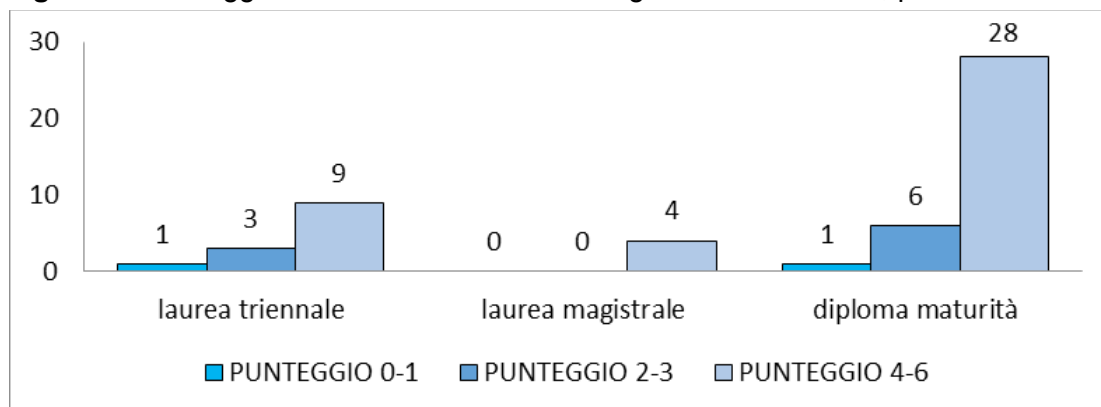
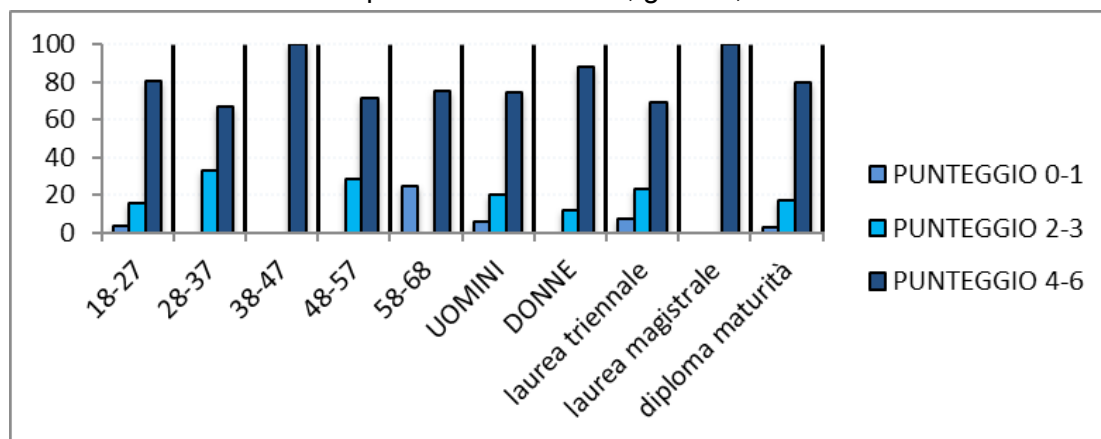
Figura 2 - Punteggio ottenuto al Newest Vital Sign versione italiana, per titoli di studio

Figura 3 - Punteggio ottenuto al Newest Vital Sign versione italiana, risultati in percentuale e distribuzione per le variabili di età, genere, titolo di studio



Il 78.85% dei partecipanti (n. 41 soggetti) presentava un'alfabetizzazione adeguata, di cui il 63.41% erano di sesso femminile, il 21.95% aveva un diploma di laurea triennale, il 9.75% di laurea magistrale e il 68.30% il diploma di maturità; il 51.22% appartenevano alla classe di età 18-27, il 14.63% alla classe 28-37, il 14.63% alla classe 38-47, il 12.20% alla classe 48-57 e il 7.32% alla classe 58-68.

Conclusione

Lo studio ha rilevato che il 78.85% dei partecipanti presenta un'adeguata *Health Literacy*, contro il restante 21.15% che non raggiunge un livello adeguato. Questi risultati, esprimono che, nonostante il limite dovuto alla scarsa numerosità del campione, ad oggi una parte importante della nostra popolazione, non ha ancora acquisito quelle abilità (*numeracy e literacy*) indispensabili per l'interpretazione delle prescrizioni mediche e quindi nell'assunzione di farmaci.

Queste sono le abilità che altresì riducono la probabilità di ospedalizzazione, proprio al fine della corretta assunzione di farmaci e la conseguente riduzione dell'aggravarsi del quadro clinico. E' interessante osservare il diverso andamento nei due generi, entrambi tendono ad adeguati livelli di alfabetizzazione, seppur il genere femminile non è presente nel punteggio più basso della scala di *Health Literacy*. Osservando i dati inerenti all'istruzione e all'età dei partecipanti, si può facilmente notare che nel gruppo con adeguata *Health Literacy*, troviamo il 100% di coloro che hanno conseguito la laurea magistrale, il 69.23% (9/13) di coloro che hanno conseguito una laurea triennale e l'80% (28/35) di coloro che hanno conseguito solo il diploma di maturità. Sembrerebbe pertanto che l'istruzione possa non essere un fattore associato al livello di *Health Literacy*, in quanto la maggioranza di ogni livello di istruzione si è posizionata nel gruppo con il punteggio migliore. Per quanto riguarda l'età, tutte le classi presentano un andamento pressoché simile, salvo la fascia d'età dei 38-47 anni che mostra di ottenere un punteggio più elevato di *Health Literacy*. Questo significherebbe che la competenza di *Health Literacy* è associata alle fasi della vita delle persone e forse si potrebbe anche ipotizzare che possa essere associata alla motivazione che i soggetti iniziano ad avere ad una certa età verso le problematiche della propria salute.

Sarebbe interessante, per studi futuri, misurare nel tempo e su un medesimo campione numericamente più ampio, se le performance migliorano o rimangono stabili, anche in relazione ad interventi mirati di promozione della *Health Literacy* (per es. nelle scuole o in ambito lavorativo).

Infine sarebbe utile valutare se e come l'ambiente sociale o il luogo di residenza possano incidere sul livello di alfabetizzazione. In conclusione, possiamo affermare che i dati ottenuti sono indice di una buona *Health Literacy*, ma ancora con dei margini sensibili di miglioramento. Le classi di età hanno dimostrato il mantenimento relativamente stabile nel tempo della competenza in soggetti differenti, seppur nella fascia di età della piena maturità (38-47 anni), la competenza risulta essere massima per poi in età over 48 essere suscettibile di rinforzi e refresh.

Nonostante sia evidente la necessità che le persone comprendano ed utilizzino le informazioni per prendere decisioni consapevoli e informate, per usarle in azioni di autopromozione e tutela della propria salute, gli studi sulle informazioni sanitarie non rappresentano l'elemento centrale nell'ambito della ricerca sanitaria e sociale (Rudd, 2015).

E' infine utile per il futuro considerare il modo in cui le informazioni riguardanti la salute vengono proposte. La formazione degli operatori deve essere mirata allo sviluppo di abilità per individuare correttamente il livello di *Health Literacy* dell'utente, adottare strategie comunicative appropriate (come ad esempio il *teach back*) e rendere la relazione di assistenza efficace (Who, 2013).

BIBLIOGRAFIA

- Capecchi L., Guazzini A., Lorini C., Santomauro F., Bonaccorsi G., (2015), La prima validazione in Italia dello strumento per valutare la Health Literacy più usato al mondo: il NewestVital Sign, *Epidemiol Prev* 39(4) Suppl 1:1-158.
- Istat, 4 maggio 2017, Report anni 2003-2014: l'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte, <http://www.istat.it/it/files/2017/05/Report-cause-di-morte-2003-14.pdf> (u.a. 27/12/2017).
- Rudd R. E. (2015), The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies, *Journal of Communication in Healthcare* Vol. 8, Iss. 1.
- Sorensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. Fullam J., Kondilis B., Agraftotis D., Ueters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., Van den Broucke S., Marca H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.
- World Health Organization (2013), Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines, Geneva.
- Zhang Y., Zhang F., Hu P., Huang W., Lu L., Bai R., Sharma M., Zhao Y. (2016). Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*, 11(4), 113-122.



ESPERIENZE

L'infermiere e la qualità del sonno della persona assistita in ospedale

di Nicole Jordaney (1), Roberta Vittaz (2), Giuseppe Migliaretti (3), Roberta Oriani (4), Alfredo Diano (5)

(1) Infermiera, Azienda USL Valle d'Aosta - Aosta

(2) Professore a contratto, CdL in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino - Aosta

(3) Professore Associato, Università degli Studi di Torino - Aosta

(4) Tutor CdL in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino - Aosta

(5) Coordinatore CdL in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino - Aosta

Corrispondenza: roriani@ausl.vda.it

Il sonno rappresenta una delle componenti fondamentali per il mantenimento di una buona qualità di vita e del benessere fisico, sociale, ed emotivo (Peverini, 2016). Una veglia prolungata causa un ampio spettro di effetti deleteri a livello fisiologico, psicologico e comportamentale (Vladyslav, 2015). L'interruzione del sonno, infatti, provoca un aumento dell'attività del sistema nervoso simpatico e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, effetti metabolici, cambiamenti nei ritmi circadiani e risposte pro-infiammatorie.

Nello specifico, le conseguenze a breve termine della mancanza di sonno comprendono maggiore reattività allo stress, dolore somatico, ridotta qualità della vita, disturbi emotivi e dell'umore, deficit cognitivi, della memoria, delle prestazioni e delirio. Le conseguenze a lungo termine includono ipertensione, dislipidemia, malattie cardiovascolari, problemi legati al peso corporeo, sindrome metabolica, diabete mellito di tipo 2 e cancro del colon-retto. (Stewart et al 2018, Medic et al 2017, Scott 2015, Knauert et al 2015, Kamdar et al 2015).

La maggior parte delle ricerche infermieristiche sulla qualità del sonno dei pazienti degenti sono state condotte nelle Unità di Cure Intensive (UCI). Le ricerche dimostrano che il sonno nei pazienti critici è estremamente frammentato, con una predominanza delle fasi del sonno superficiale a scapito di quelle più profonde e ristorative. Tra le cause di interruzione del sonno in UCI vi sono fattori intrinseci legati ai pazienti e alla loro condizione critica e aspetti legati all'ambiente che, per la presenza di alti livelli di rumore, luce e multiple attività assistenziali, influenza negativamente la qualità e l'efficacia del sonno (Crawford, 2018; Beltrami et al., 2015; Manian, 2015; Nesbitt et al., 2014; Jolfaei, 2014). In particolare, i pazienti che a casa riferivano di dormire bene avrebbero un sonno nettamente peggiore quando sono degenti in ospedale (Dobing et al., 2016). Altri studi suggeriscono che le principali cause della percezione negativa della qualità del sonno sono: il numero di pazienti elevato nella camera, la lunga durata della degenza, la presenza e l'intensità del dolore, l'atteggiamento negativo verso l'atmosfera del servizio, la necessità dell'espletamento dei bisogni fisiologici, la noia, il senso di dipendenza, la preoccupazione per la malattia e le abitudini di vita interrotte (astensione dal lavoro, lontananza dalla famiglia, ecc.) (Matteini et al., 2015; Jolfaei et al., 2014).

In aggiunta, studi dimostrano che la negativa qualità del sonno durante la degenza permane anche dopo la dimissione (Nesbitt et al., 2014).

L'infermiere, quale garante della qualità di vita della persona assistita, provvede ad assicurare a quest'ultima un riposo adeguato alle sue condizioni, nella consapevolezza dell'importanza del delicato equilibrio sonno-veglia e di quanto l'ambiente ospedaliero possa comprometterlo. La fase probabilmente più delicata e complessa a tal fine è l'accertamento con la successiva valutazione della qualità del sonno della persona assistita. Infatti è fondamentale che l'infermiere indaghi, attraverso scale di valutazione validate, la qualità del sonno, in modo da identificare eventuali problemi e le relative cause correlate, al fine di pianificare gli interventi infermieristici efficaci e appropriati.

Dallo studio di Bertaja et al. (2012) emerge che gli infermieri conducono solamente una parziale valutazione oggettiva del sonno, includendo la rilevazione dei parametri vitali, l'osservazione dei risvegli precoci e dell'insonnia intesa come agitazione e difficoltà all'addormentamento. Inoltre, si osserva una tendenza da parte dei professionisti a sovrastimare la qualità del sonno dei pazienti in area critica (Trincone et al., 2018; Ding et al., 2017).

Alla luce di quanto evidenziato, questo studio vuole valutare il livello di concordanza tra il percepito degli infermieri e quello delle persone assistite riguardo alla qualità del sonno di queste ultime.

Il nostro percorso

Lo studio si è svolto tra dicembre 2015 e febbraio 2016 presso le Strutture Complesse di Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica e Otorinolaringoiatria dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

I pazienti sono stati selezionati in base ai seguenti criteri di inclusione: persone maggiorenni degenti nei servizi sopra citati per almeno una notte, vigili e orientate tempo/spazio al momento della somministrazione del questionario. Sono stati esclusi i pazienti con deterioramento cognitivo, disturbi psichiatrici concomitanti, gli stranieri con barriera linguistica, quelli con deficit sensoriali (sordi o ciechi) e chi ha rifiutato di fornire il consenso. Il giorno della somministrazione del questionario è stata valutata l'effettiva possibilità di adesione di ogni singolo paziente, in quanto si è ritenuto fondamentale che il paziente avesse maggiore consapevolezza e un ricordo più realistico della notte appena trascorsa. È stato utilizzato il *Richard Campbell Sleep Questionnaire* - RCSQ, che valuta, attraverso cinque domini, la profondità del sonno, il tempo di addormentamento, il numero dei risvegli, il tempo trascorso sveglio e la qualità complessiva del sonno (Kamdar et al., 2012). La scala individuata, validata esclusivamente in lingua inglese, è stata tradotta in italiano con il supporto di un esperto madrelingua.

Il questionario richiede ai partecipanti di valutare in modo retrospettivo la qualità del sonno, registrando ogni risposta su una scala analogico visiva con punteggi da 0 a 100. La scala di valutazione è stata integrata con due quesiti che avevano lo scopo di valutare il sonno a domicilio e il livello di concordanza tra la qualità del sonno percepita dagli infermieri e quella percepita dalle persone assistite. Qualora si fosse presentata una discordanza è stato chiesto al paziente di descrivere il suo sonno. Tali descrizioni sono state sottoposte ad analisi di contenuto.

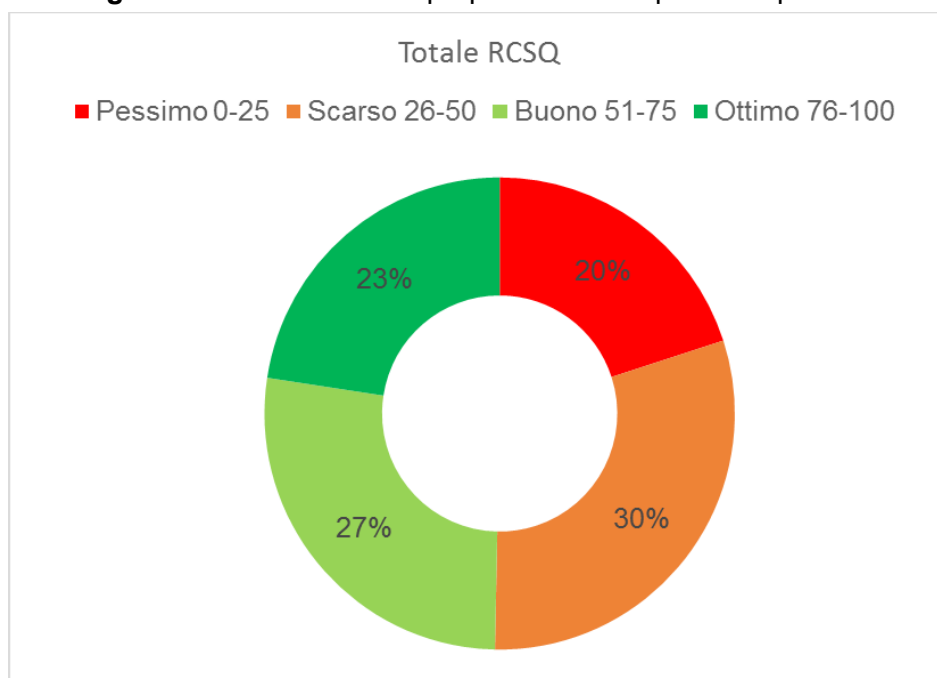
Risultati

L'indagine ha coinvolto un campione di 173 pazienti di cui 155 rispondenti ai criteri di inclusione. In generale i pazienti definiscono il loro sonno mediamente buono: la media del punteggio totale RCSQ è di 51 punti su 100.

Caratteristiche della qualità del sonno dei pazienti degenti

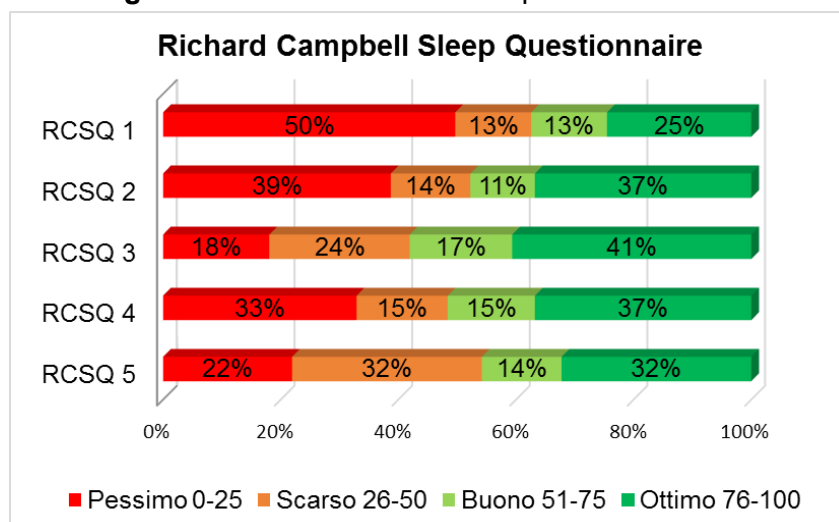
I pazienti sono distribuiti esattamente in due metà tra quelli che riferiscono un sonno pessimo o scarso e quelli che lo definiscono buono o ottimo (Figura 1).

Figura 1 - Valutazione del proprio sonno da parte dei pazienti



Analizzando ciascun dominio del RCSQ, emerge che i pazienti hanno un sonno superficiale (RCSQ 1) con difficoltà di addormentamento (RCSQ 2), risvegli notturni frequenti (RCSQ 3) e difficoltà a riaddormentarsi dopo il risveglio (RCSQ 4). Tuttavia, complessivamente i pazienti sono equamente distribuiti tra chi definisce un sonno pessimo o scarso e chi lo definisce buono o ottimo (RCSQ 5) (Figura 2).

Figura 2 - Qualità del sonno dei pazienti intervistati



Confrontando la qualità del sonno a domicilio e quella in degenza (RCSQ 5), è emersa una differenza significativa nel sesso maschile e sulla totalità dei pazienti a favore del sonno a domicilio. Al contrario nel sesso femminile, la differenza non è risultata significativa.

Per quanto riguarda il genere, dall'analisi dei dati raccolti è emerso che a domicilio i maschi dormono meglio delle femmine e in ospedale hanno maggiore facilità a riaddormentarsi dopo un risveglio notturno.

Livello di concordanza

I soggetti di riferimento per l'analisi della concordanza sono stati 149, in quanto per 6 casi non erano disponibili nella documentazione infermieristica le informazioni riguardanti il sonno. Di questi 149 pazienti, il 63% ha riferito la medesima percezione della qualità del sonno dichiarata dall'infermiere. Al contrario, tra i pazienti che dichiarano una qualità del sonno differente da quella documentata dall'infermiere, risultano 6 casi in cui quest'ultimo ha sottostimato il sonno e 49 casi in cui lo ha sovrastimato. Ne deriva un riscontro, anche in questa sede, della scarsa concordanza tra la qualità del sonno percepita dal paziente e quella documentata dall'infermiere. Inoltre è emerso che il personale infermieristico ha maggiori difficoltà a valutare il sonno delle femmine rispetto a quello dei maschi.

Analisi qualitativa delle documentazioni infermieristiche

Le documentazioni infermieristiche sono state sottoposte ad analisi di contenuto riprendendo i cinque domini della RCSQ. In 147 documentazioni sono state riscontrate informazioni relative al numero dei risvegli notturni, in 2 casi è stato documentato il tempo che il paziente ha trascorso sveglio, mentre in 3 il tempo di addormentamento. Non emergono informazioni riguardanti la profondità e la qualità complessiva del sonno.

Nella maggior parte delle documentazioni, inoltre, le parole utilizzate sono "Ha riposato" (123 casi). Quando il sonno del paziente rientra nelle categorie "pessimo o scarso", nonostante l'infermiere abbia consapevolezza del "cattivo" sonno del paziente, spesso non documenta la causa, anche ipotetica, di tale insonnia.

In caso di discordanza è stato chiesto agli assistiti di descrivere il loro sonno. Dall'analisi di contenuto dei 55 pazienti è emerso che in 51 descrizioni sono state riscontrate informazioni relative al numero dei risvegli (RCSQ 3), in 1 caso al tempo trascorso sveglio (RCSQ 4) e in 6 casi la qualità complessiva del sonno (RCSQ 5). Non emergono informazioni riguardanti la facilità o difficoltà di addormentamento (RCSQ 2), che al contrario emergeva dalle documentazioni infermieristiche e riguardanti la profondità del sonno (RCSQ 1).

Discussione

Lo studio ha confermato che il sonno peggiora sia dal punto di vista della profondità, sia per quanto riguarda il numero dei risvegli notturni nella degenza in ospedale. Questo può essere imputabile al fatto che i pazienti passano la maggior parte del tempo allettati e, non potendo eseguire le proprie attività di vita quotidiane, tendono a coricarsi prima dell'orario abituale anche se non si sentono stanchi, aumentando il tempo di addormentamento. Ne deriva un sonno frammentato e superficiale che rispecchia i risultati riportati in letteratura (Jolfaei, 2014).

Inoltre lo studio ha confermato che è presente una difficoltà da parte degli infermieri nel riconoscere l'eventuale compromissione del sonno della persona assistita.

In particolare è emerso che la sopravvalutazione del sonno, riscontrata da ricerche condotte in area critica, si ripropone anche nei contesti di degenza medico-chirurgica. Gli infermieri considerano il sonno come un aspetto importante per il benessere complessivo della persona e in quanto tale va accertato: nel 96% delle documentazioni infermieristiche analizzate sono state riscontrate informazioni relative alla qualità del sonno dei pazienti. Tuttavia, in accordo con Matteini et al. (2015), il sonno resta un aspetto non sufficientemente valutato e descritto, probabilmente per la scarsa disposizione di strumenti validati per la valutazione e documentazione dello stesso. In particolare si riscontra che non vengono considerati tutti gli aspetti essenziali del sonno: profondità, tempo di addormentamento, numero dei risvegli, tempo trascorso sveglio e qualità complessiva del sonno. L'aspetto più frequentemente riscontrato riguarda il numero dei risvegli notturni (96%), che risulta decisamente più alto dello studio comparabile realizzato da Ritmala-Castrén et al. Nel 2014 (71%).

Prendendo in considerazione la percezione degli infermieri e dei pazienti riguardo alla qualità del sonno di questi ultimi, è emerso che il personale infermieristico, nel 37% dei casi, ha dimostrato di avere una percezione diversa rispetto ai suoi assistiti, specialmente quando questi ultimi riferiscono di dormire "male". Questo potrebbe essere dovuto al fatto che i pazienti che manifestano disturbi del sonno non sempre lo riferiscono al personale sanitario, probabilmente per mancanza di consapevolezza dell'importanza di un buon sonno ristoratore. Risulta quindi fondamentale informare e aumentare la consapevolezza del paziente sull'importanza del riposo, con l'obiettivo di stimolarlo ad esprimere eventuali disturbi del sonno, per pianificare e attuare interventi di miglioramento personalizzati.

Altro aspetto interessante riguarda l'analisi delle descrizioni del sonno dei pazienti che riferivano la discordanza. Le frasi utilizzate sono brevi, semplici e generiche e descrivono quasi esclusivamente il numero dei risvegli notturni e la qualità complessiva del sonno. Ne deriva che descrivere un aspetto soggettivo come il sonno è molto complesso e per i professionisti lo è ancora di più perché essi lo valutano semplicemente attraverso l'osservazione del comportamento del paziente. Infatti, la semplice osservazione di una persona sdraiata ad occhi chiusi non permette di capire se questa stia realmente dormendo. In più, la percezione del sonno è soggettiva e dipende dall'abitudine di ognuno. Da ciò si deduce l'importanza, durante l'accoglienza, dell'accertamento del sonno a domicilio. Infatti, dai risultati dello studio, in accordo con la ricerca di Dick-Smith et al (2017), è emersa la rilevanza di un accertamento mirato sul sonno nell'85% dei pazienti. Ciò può essere dovuto al fatto che l'infermiere non ha piena consapevolezza dell'importanza di documentare il sonno abituale della persona assistita e, talvolta, nonostante abbia rilevato i dati in merito all'argomento, non li trascrive in cartella.

Conclusioni

I risultati hanno confermato che è presente una difficoltà da parte degli infermieri nel riconoscere l'eventuale compromissione del sonno della persona assistita. Nello specifico è emerso che la sopravvalutazione del sonno da parte degli infermieri, che scaturiva già dagli studi precedentemente condotti in Area Critica, si ripropone anche nei contesti di degenza medico-chirurgica. Ciò va valutato alla luce di ricerche che possano meglio esplorare il fenomeno. Resta tuttavia importante sensibilizzare gli operatori in merito all'importanza del sonno e della sua documentazione, così da poter migliorarne l'accertamento, anche attraverso scale di valutazione appropriate.

BIBLIOGRAFIA

- Beltrami FG, Nguyen X, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S (2015) Sleep in the intensive care unit. *J Bras de Pneumol*, 41(6), 539-46.
- Bertaja M, Bolzon V, Bilora F (2012) La qualità del sonno dei degenti in unità di cure intensive. *Rivista L'Infermiere*, 5, 30-5.
- Crawford KJ, Barnes LA, Peters TM, Falk J, Gehlbach BK (2018) Identifying determinants of noise in a medical intensive care unit. *J Occup Environ Hyg*, 7, 1-21.
- Dick-Smith F (2017) 'Sorry, were you sleeping?' Nurses' role in the promotion of sleep for critically ill patients. *Contemp Nurse*, 53(1), 121-5.
- Ding Q, Redeker NS, Pisani MA, Yaggi HK, Knauert MP (2017) Factors influencing patients' sleep in the Intensive Care Unit: perceptions of patients and clinical staff. *Am J Crit Care*, 26 (4), 278-86.
- Dobing S, Frolova N, McAlister F, Ringrose J (2016) Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *PLoS ONE* 11(6): e0156735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156735>.
- Jolfaei AG, Makvandi A, Pazouki A, (2014) Quality of sleep for hospitalized patients in Rasoul-Akram hospital. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 73.
- Kamdar BB, Shah PA, King L, Kho EM, Zhou X, Colantuoni E, Collop NA, Needham DM (2012) Patient-Nurse interrater reliability and agreement of the Richard-Campbell Sleep Questionnaire. *American Journal of Critical Care*, 21, 261-9.
- Kamdar BB, Niessen T, Colantuoni E, King LM, Neufeld KJ, Bienvenu OJ, Rowden AM, Collop NA, Needham DM. (2015) Delirium transitions in the medical ICU: exploring the role of sleep quality and other factors. *Crit Care Med*, 43 (1), 135-41.
- Knauert MP, Haspel JA, Pisani MA (2015) Sleep Loss and Circadian Rhythm Disruption in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med*, 36 (3), 419-29.
- Manian FA, Manian CJ (2015), Sleep quality in adult hospitalized patients with infection: an observational study. *Am J Med Sci*, 349 (1), 56-60.
- Matteini M, Nannelli T, Rasero L (2015) La qualità e i fattori che influenzano il sonno nei pazienti ricoverati. *L'Infermiere*, 52 (1), e8-e16.
- Medic G, Wille M, Hemels ME (2017) Short and long term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep* 19 (9), 151-61.
- Nesbitt L, Goode D (2014) Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs*, 30 (4), 231-5.
- Peverini F (2016) E' facile dormire se sai come farlo. *Biblioteca Universale Rizzoli, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli*.
- Ritmala-Castren M, Axelin A, Kiljunen K, Sainio C, Leino-Kilpi H (2017) Sleep in the intensive care unit – nurses' documentation and patients' perspectives. *Nurs Crit Care*, 22 (4), 238-46.
- Scott BK (2015) Disruption of Circadian Rhythms and Sleep in Critical Illness and its Impact on the Development of Delirium. *Curr Pharm Des*, 21(24), 3443-52.
- Stewart NH, Arora VM (2018) Sleep in Hospitalized Older Adults. *Sleep Med Clin*, 13(1), 127-35.
- Trincone G, Guillari A, Perrone M, Serio C, Capasso K, Lanzuise A (2018) La qualità del sonno in terapia intensiva: Indagine trasversale sulla percezione dei pazienti e degli infermieri. Disponibile all'indirizzo <https://www.opinapoli.it/la-qualita-del-sonno-in-terapia-intensiva-indagine-trasversale-sulla-percezione-dei-pazienti-e-degli-infermieri>.
- Vladyslav V Vyazovskiy (2015) Sleep, recovery, and metaregulation: explaining the benefits of sleep. *Nat Sci Sleep*, 7, 171- 84.



ESPERIENZE

Helpline telefonica, una strategia organizzativa nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale della persona in carico ad una Struttura di Reumatologia

di **Ermelinda Bistolfi (1)**, **Lucia Baruffaldi (2)**

(1) Infermiere A. O. S. Croce e Carle Cuneo

(2) Tutor corso di laurea in Infermieristica Università degli Studi di Torino sede di Cuneo

Corrispondenza: ermelinda.bistolfi@alice.it

Le malattie reumatiche in Italia colpiscono circa il 3,5% della popolazione (Cittadinanza Attiva e Società Italiana di Reumatologia, 2014). Nella maggior parte dei casi sono associate a dolore e bassa qualità di vita.

Il quadro clinico-assistenziale del malato reumatico presenta elevata complessità in relazione alle variabili cliniche connesse a plurime comorbidità. Pertanto l'assistenza infermieristica nei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA), si basa sulle dieci raccomandazioni EULAR (European League Against Rheumatism, 2016) e richiede un continuo adattamento e personalizzazione anche in relazione a programmi terapeutici in continua evoluzione.

I vissuti di malattia legati agli effetti invalidanti delle patologie reumatiche e la fragilità psichica connessa alla convivenza con il dolore e l'incertezza di ricaduta e complicanze richiedono il counselling infermieristico come strategia assistenziale fondamentale (raccomandazione EULAR n. 5).

Contesto

L'équipe di cura della Struttura Semplice Dipartimentale di Reumatologia (SSDR) dell'Azienda Ospedaliera (A.O.) S. Croce e Carle di Cuneo dal momento della sua istituzione nell'anno 2009, ha spesso ricevuto continue richieste telefoniche da parte degli utenti, che sono anche aumentate nel tempo. Il perdurare di continue interruzione dei processi di lavoro e l'estrema variabilità delle richieste avanzate dall'utenza, nonché il disagio generato dall'assenza di processi condivisi di gestione, ha indotto l'attivazione di un progetto per ridurre il rischio di errore nella valutazione dei problemi connessi alle richieste telefoniche delle persone assistite e nello svolgimento delle attività assistenziali.

Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto di miglioramento è stato quello di fornire risposte appropriate e regolamentare le telefonate in entrata da parte degli utenti/caregiver.

Obiettivi specifici del progetto sono stati:

1. organizzare una helpline telefonica infermieristica (HTI) per l'utenza della SSDR applicando al contesto le buone pratiche reperite in letteratura;
2. fornire risposte appropriate all'utenza, da parte degli infermieri operanti nella SSDR, riconoscendo le priorità assistenziali e indicando azioni corrette da intraprendere.

Abbiamo considerato che il raggiungimento di tali obiettivi potrebbe ridurre i rischi di errore degli operatori limitando le continue interruzioni durante le attività assistenziali, potrebbe facilitare la relazione di fiducia tra utente e infermiere di HT e favorire la continuità terapeutica.

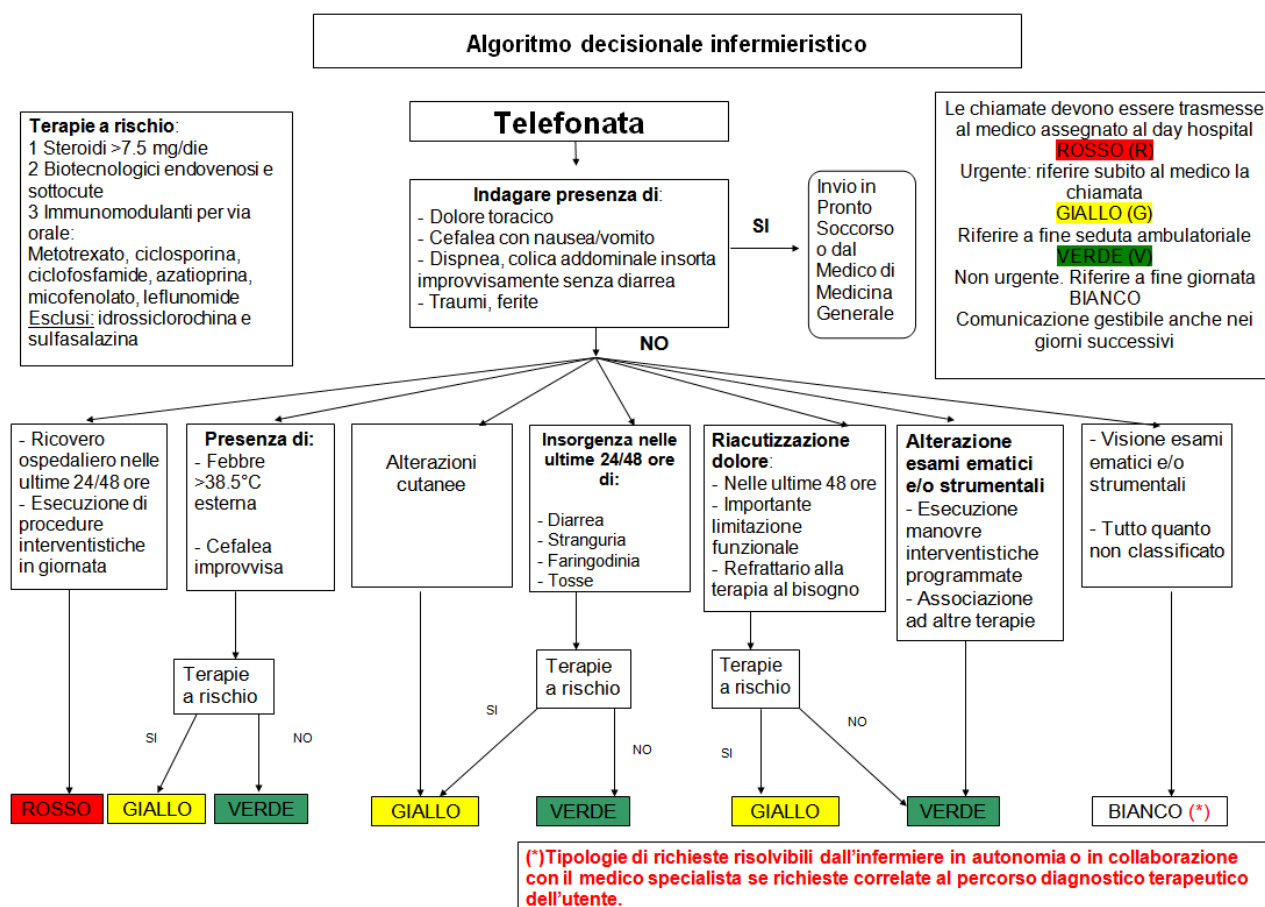
L'organizzazione della helpline telefonica

Nella fase preliminare del progetto, è stato valutato cosa fosse necessario all'attivazione dell'helpline telefonica. In tal senso le azioni principali sono state diverse.

Innanzitutto è stato necessario identificare gli infermieri deputati all'HTI, all'interno del personale afferente alla SSDR. Nella programmazione dei turni è stata quindi garantita la presenza quotidiana di uno di essi. Inoltre è stata garantita la formazione dell'équipe della SSDR sulla clinica reumatologica e sulle competenze infermieristiche specifiche per l'HTI. Sono anche state individuate delle fasce orarie di ricezione delle chiamate: 9 – 12 e 14 – 16 dal lunedì al venerdì dall'anno 2017. Invece nell'anno 2016 gli utenti potevano utilizzare il servizio HTI durante l'intero orario di apertura della SSDR. Il perdurare, però, di continue interruzione dei processi di lavoro con il rischio di errore da parte degli infermieri nello svolgere attività di terapia e assistenza agli assistiti in day hospital (DH) e in ambulatorio, ha indotto l'équipe a stabilire le fasce orarie di ricezione delle chiamate.

E' stata anche revisionata l'organizzazione delle attività assistenziali medico-infermieristiche.

Infine, è stato elaborato un algoritmo di valutazione delle priorità di tipo clinico-terapeutico pervenute all'HTI, basato sulle più recenti acquisizioni per la gestione dei PDTA (Figura 1).



Lo sviluppo dell'algoritmo di valutazione delle chiamate

L'algoritmo è stato il risultato di un lavoro integrato tra infermiere esperto e medico specialista, strutturato in forma di diagramma di flusso per un'immediata consultazione durante la conduzione della telefonata e come supporto al processo decisionale dell'infermiere di HTI.

La costruzione dell'algoritmo deriva dall'analisi delle tipologie di richieste pervenute telefonicamente nell'anno 2014, dall'insieme delle patologie reumatologiche delle persone assistite in carico alla struttura, dalle competenze clinico-assistenziali del gruppo di lavoro e dalla riflessione critica sulle richieste telefoniche ricevute negli anni precedenti. L'algoritmo facilita l'identificazione delle condizioni che, indipendentemente dalla patologia di base, richiedono un immediato intervento medico d'urgenza (es. dolore toracico, dispnea, ecc.) o di quelle che rappresentano un rischio per la potenziale evoluzione clinico-assistenziale e che richiedono una valutazione in tempi più o meno brevi da parte del reumatologo e dell'infermiere esperto. Il livello di rischio viene evidenziato da un codice colore attribuito dall'infermiere in seguito all'accertamento telefonico al termine del processo decisionale condotto in base ai sintomi riferiti dalla persona assistita e al piano terapeutico in atto. I programmi terapeutici infatti sono complessi e in continua evoluzione e sono da mettere in relazione alle variabili cliniche connesse a plurime comorbidità.

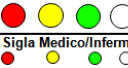
I codici colore adottati nell'algoritmo sono quelli utilizzati dai servizi d'emergenza: rosso, giallo, verde e bianco.

L'infermiere di HTI, in base al codice colore attribuito, mette in atto comportamenti diversi: in caso di codice rosso, riferisce immediatamente della chiamata ricevuta al medico in turno in DH; il codice giallo richiede che l'infermiere riferisca entro le ore 13,30 se la chiamata è stata ricevuta nella fascia oraria del mattino o entro le ore 17 se ricevuta al pomeriggio. Nel caso di attribuzione di codice colore verde l'infermiere riferisce a fine giornata mentre nel caso di codice bianco la risposta alla chiamata può essere effettuata anche il giorno successivo.

Se la tipologia di richiesta è risolvibile dall'infermiere in autonomia, ovvero problema di assistenza infermieristica identificato con l'accertamento, l'infermiere richiama telefonicamente la persona assistita e fornisce le informazioni utili agli interventi da mettere in atto. Qualora invece il problema richieda prescrizioni mediche, viene coinvolto lo specialista clinico per il consulto telefonico.

L'intero processo, dalla presa in carico telefonica alla risoluzione della richiesta, viene documentato su un registro cartaceo dedicato all'attività di HTI (Figura 2). In esso vengono registrate: data e ora di ricezione della chiamata, ora di termine della telefonata, cognome e nome della persona assistita e relativa data di nascita, numero di telefono per eventuali richiamate, motivo della chiamata (diagnosi, sintomi e terapia in corso) e nome del medico di riferimento, sigla dell'infermiere responsabile del processo messo in atto nella gestione della telefonata. Queste informazioni sono riferite al malato anche nel caso in cui la chiamata telefonica venga effettuata dal caregiver e non direttamente dall'utente in carico alla struttura.

Figura 2 - Helpline telefonica ssd reumatologia

Data	Dati del paziente (Cognome Nome - data di nascita)	Sigla op.	Motivo della chiamata (Diagnosi - Terapia in corso - Sintomo principale)	Codice Colore	Note Indicazioni clinico-assistenziali
/ / ora inizio : ora fine :	Recapito telefonico	Medico di riferimento		 Sigla Medico/Inferm.	
/ / ora inizio : ora fine :	Recapito telefonico	Sigla op.		Codice colore  Sigla Medico	
/ / ora inizio : ora fine :	Recapito telefonico	Medico di riferimento		 Sigla Medico	

Il registro documenta, inoltre, il codice colore attribuito dall'infermiere alla presa in carico della richiesta e il codice colore dell'effettivo grado di priorità valutato al termine del processo assistenziale. Inoltre uno spazio è dedicato alle indicazioni clinico-assistenziali fornite all'utente (modifiche terapeutiche, eventuali accessi ad altri servizi o specialisti, ecc.), e riporta infine l'ora dell'eventuale chiamata in uscita dal servizio e la sigla del medico che ha effettuato le prescrizioni diagnostiche o terapeutiche. Qualora il problema segnalato dall'utente sia gestito con prescrizioni di assistenza infermieristica, l'infermiere responsabile del processo assistenziale appone la propria sigla nello spazio dedicato. Le sigle di infermieri e medici sono depositate nella documentazione del servizio.

L'algoritmo e il registro sopra descritti sono stati adottati dall'anno 2016. Nel 2016, su un totale di 2864 telefonate alla HTI, 632 (22,06%) sono state gestite in autonomia dall'infermiere. La tipologia di attività condotte dall'infermiere in autonomia in risposta alle richieste pervenute all'HTI sono descritte nella Tabella 1.

Tabella 1 - Tipologie di attività in risposta all'utente effettuate dall'infermiere di HTI in autonomia-anno 2016 (n. 632)

Tipologie di attività	N°	%
Inserimento visite a breve termine	272	43,03%
Inserimento in lista per visite/eco articolari/infiltrazioni	78	12,34%
Inoltro piano terapeutico via posta/mail/fax	74	11,70%
Continuazioni di terapie, terapie al bisogno o modifiche terapie su ordine medico	52	8,22%
Situazioni che non richiedono il consulto medico diverse da quelle indicate in tabella	50	7,91%
Programmazione aperture di nuovi day hospital	16	2,53%
Inoltro relazioni via posta/mail/fax	14	2,21%
Impostazione impegnative per visite specialistiche, esami strumentali o ematici, ecc.	14	2,21%

Ricerca di medici di medicina generale/specialisti per colloquio con reumatologo	12	1,89%
Informazione alla persona assistita su esito esami ematici/strumentali	10	1,58%
Organizzazione educazione terapeutica all'uso di autoiniettore	8	1,26%
Programmazione terapia occupazionale	8	1,26%
Indicazione di accedere al DEA o al medico di medicina generale (MMG)	8	1,26%
Prenotazione visita oculistica (accesso diretto riservato alla SSTR)	4	0,63%
Fax farmacia	4	0,63%
Programmazione terapie in day hospital	2	0,31%
Programmazione medicazioni	2	0,31%
Programmazione day-service	2	0,31%
Compilazione modulo reazione avversa	2	0,31%
Totale	632	100,00%

Strumenti

Per attivare l'HTI è stato acquisito un telefono portatile con numero dedicato, in modo che l'infermiere di HT possa raggiungere il medico in altro locale del servizio, quando abbia valutato necessaria l'interlocazione diretta tra utente e reumatologo.

E' stato istituito un registro delle chiamate ricevute per documentare l'intero processo di ogni chiamata telefonica, come già descritto.

Il registro viene sottoposto all'attenzione del medico al termine di ogni fascia oraria di HTI, in modo da garantire la supervisione del reumatologo sui problemi segnalati dagli utenti e permette un supporto clinico immediato per eventuali condizioni urgenti delle persone assistite.

E' stato anche redatto un volantino di informazione dell'HTI destinato agli utenti della SSTR e ai medici di medicina generale del territorio a cui appartengono le persone assistite per favorire l'integrazione nel piano di cura dei assistiti.

Risultati

La Tabella 2 riporta i dati di attività dell'anno 2017, in merito alla tipologia di richieste. Si può osservare come sia elevata la variabilità delle richieste e che siano sia a carattere clinico complesso, che altre più semplici e di tipo amministrativo. Anche l'evidenza che la maggior parte dei codici colore attribuiti nel 2017 siano verdi e bianchi, conferma questo fenomeno (Tabella 3).

Tabella 2 - Tipologia di richieste pervenute all'HTI - anno 2017

Oggetto della richiesta	N°	%
Terapia (es. variazione di posologia, sospensioni, comorbidità)	680	23,47
Referti di esami ematici e strumentali	768	26,5
Dolore	462	15,94
Visita controllo	322	11,11
Infezioni nella persona assistita in terapia con farmaci biotecnologici	0	0
Riferire di altre visite specialistiche	59	2,03
Richiesta di colloquio con reumatologo/riferire al reumatologo stato di salute	233	8,04

Riferire di interventi chirurgici effettuati	65	2,24
Piano terapeutico scaduto	44	1,51
Richieste di ecografie articolari e/o infiltrazioni	81	2,79
Richiesta di lettera per invalidità	24	0,82
Richiesta per calzature	1	0,034
Traumi	5	0,17
Reazioni avverse a farmaci biotecnologici	15	0,51
Reazioni avverse ad altri farmaci	56	1,93
Richiesta M.M.G. confronto con il reumatologo	37	1,26
Difficoltà approvvigionamento farmaci	1	0,034
Richiesta medicazioni avanzate	0	0
Rifiuto M.M.G. esami strumentali richiesti dal reumatologo	3	0,10
Avviso decesso persona assistita	7	0,24
Data inizio terapia con farmaci biotecnologici	35	1,20
TOTALE delle RICHIESTE	2898	100%

Tabella 3 - Codici colore attribuiti alle richieste pervenute all'HTI – anno 2017

Codice di priorità	N°	%
ROSSO	2	0,08
GIALLO	62	2,50
VERDE	866	34,96
BIANCO	1376	55,55
Non attribuito	171	6,90
TOTALE	2477	100%

Il bilancio nell'anno 2017 è positivo rispetto ai rischi di errore, in quanto i near miss, gli eventi sentinella o eventi avversi nella SSDR sono stati evitati.

L'algoritmo per l'attribuzione del codice colore di priorità alle richieste pervenute all'HTI è risultato affidabile. Infatti, in nessun caso il codice colore attribuito è stato di sottovalutazione del grado di priorità riscontrata nella presa in carico assistenziale. Nel 1,73% delle richieste si è riscontrata discrepanza tra il codice colore assegnato alla presa in carico e al termine del processo (0,88% sopravvalutazione, 0% sottovalutazione).

E' stato osservato che il 14,52% delle telefonate pervenute ha presentato plurime richieste (differenza tra il totale delle richieste e il totale dei codici colore) ed il codice colore è stato assegnato a quella più urgente.

Nel 2017 il 40% delle richieste è stato gestito autonomamente dall'infermiere, mentre nel 2016 queste rappresentavano il 22,6% di tutte le chiamate. Le chiamate rimanenti hanno richiesto una risposta interdisciplinare.

La distribuzione delle richieste nei diversi mesi dell'anno ha presentato differenze stagionali: più elevata in primavera e autunno: il numero minimo di chiamate (5%) sono state in dicembre, mentre il massimo (11%) in maggio.

Complessivamente, si può affermare che gli infermieri sono risultati adatti a condurre i colloqui telefonici di HT, competenti nell'applicare il ragionamento clinico-assistenziale, il processo decisionale relativo alle situazioni riportate telefonicamente dalle persone assistite e nella relazione d'aiuto con gli utenti o i loro care giver.

Inoltre l'organizzazione dell'HTI è risultata funzionale e integrata nell'insieme delle attività della SSDR. Anche la collaborazione nell'équipe è stata fattiva e il clima organizzativo positivo.

D'altro canto sono stati osservati alcuni limiti. In alcuni casi si è verificata un'incompletezza di dati nel registro di HTI, come l'assenza di codice colore nel 6,9% delle telefonate. A volte inoltre le informazioni venivano documentate sul registro con un linguaggio non professionale. Tali informazioni descrivevano alcuni dettagli delle attività assistenziali effettuate dall'infermiere in autonomia o quelle attuate dallo specialista clinico e documentate sul registro dall'infermiere in risposta alle richieste pervenute all'HTI.

Conclusioni

Dai risultati raggiunti l'HTI si è rivelato affidabile nella gestione delle telefonate delle persone con malattie reumatiche seguite dalla struttura ospedaliera. Nel futuro sarà necessario introdurre strumenti dedicati, come un questionario per valutare con maggiore precisione la qualità percepita sia dall'utenza afferente al servizio telefonico sia da quella che fruisce di visite mediche senza interruzioni telefoniche nonché per valutare il rapporto di fiducia tra personale infermieristico e persone assistite.

BIBLIOGRAFIA

- Ferreira, R., Marques, A., Mendes, A. & Da Silva, J. A. P. (2015) Rheumatology telephone advice line – experience of a Portuguese department. *Acta Reumatol Port*, 40, 163-168.
- Hughes, R. A. (2003) Telephone helplines in rheumatology. *Rheumatology*, 42, 197-199.
- Hughes R. A. Carr M. E., Huggett A. & Thwaites C. (2002) Review of the function of a telephone helpline in the treatment of outpatients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 61, 341–345.
- Scrivo R., Priori R., Coppola M. T., Minniti A., Brandt J., Picarelli G., Cruciani V., Luzi P. & Valesini G. (2013) Use of a contact center telephone helpline in rheumatology outpatient management: a five-year experience analysis and patients perception. *Mod Rheumatol*, 24 (4), 585-9.
- Thwaites C., Ryan S. & Hassell A. (2008) A survey of rheumatology nurse specialists providing telephone helpline advice within England and Wales. *Rheumatology*, 47 (4), 522-5.
- van der Goes M. C., Jacobs J. W. G., Boers M., Andrews T., Blom-Bakkers M. A. M., Buttgereit F., Caeyers N., Choy E. H., Cutolo M., Da Silva J. A. P., Guillevin L., Holland M., Kirwan J. R., Rovensky J., Saag K. G., Severijns G., Webber S., Westhovens R., Bijlsma J. W. J. (2010) Patient and rheumatologist perspectives on glucocorticoids: an exercise to improve the implementation of the European league Against Rheumatism (EULAR) recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*, 69, 1015-1021.
- van der Goes M. C., Jacobs J. W. G., Boers M., Andrews T., Blom-Bakkers M. A. M., Buttgereit F., Caeyers N., Cutolo M., Da Silva J. A. P., Guillevin L., Kirwan J. R., Rovensky J., Severijns G., Webber S., Westhovens R., Bijlsma J. W. J. (2010) Monitoring adverse events of low-dose glucocorticoid therapy: EULAR recommendations for clinical trials and daily practice. *Ann Rheum Dis*, doi:10.1136/ard.2009.124958.
- AIR COMMUNITY. Raccomandazioni EULAR 2016 <https://www.aircommunity.it/nursing/raccomandazioni-eular>.

ESPERIENZE

Primary Nursing per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia: sviluppo di uno strumento di standardizzazione del percorso assistenziale

di Giovanna Amaducci (1), Marina Iemmi (2), Daniela Mecugni (3), Sandra Coriani (4), Roberta Riccò (5), Antonio Boccia Zoboli (6), Emanuela Vezzani (7)

(1) Tutor CdL in Infermieristica, Sede di Reggio Emilia, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia – Reggio Emilia

(2) Direttore delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

(3) Presidente CdL in Infermieristica, Sede di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia – Reggio Emilia

(4) Direttore delle Professioni Sanitarie, Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(5) Dirigente delle Professioni Sanitarie, Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(6) Dirigente delle Professioni Sanitarie, Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(7) Dirigente Infermieristico, Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

Corrispondenza: amaducci.giovanna@ausl.re.it

Il dibattito interno alla professione infermieristica sulle prospettive e sulle problematiche connesse all'attività di standardizzazione riconosce un punto di origine nella natura stessa dell'assistenza infermieristica. Essa, infatti, si occupa della salute secondo una visione olistica e non parcellizzata dei problemi di salute del singolo e della collettività ed assume il principio della personalizzazione quale elemento centrale di una relazione professionale basata sulla comprensione e sul riconoscimento della dimensione soggettiva - biofisiologica, psicologica e socioculturale - dei bisogni di cui la persona è portatrice.

Spesso si è osservata, in tale dibattito, un'eccessiva e non giustificata polarizzazione delle opinioni verso due estremi:

- da un lato, lo scadimento della standardizzazione nella formalistica traduzione di un giusto principio (la volontà di codificare modalità di intervento razionali, intersoggettive ed efficaci) in una prassi attenta alla sola sfera biologica dei problemi clinici - quella cioè più facilmente oggettivabile secondo i canoni metodologici propri di un tale approccio - imponendo così un'organizzazione rigida e routinaria delle attività;
- dall'altro, l'assunzione di una sorta di 'ideologia della personalizzazione', che comporta il rifiuto a standardizzare qualsiasi intervento assistenziale (*"Ogni malato è diverso dagli altri, non si possono dare ricette"*), spesso è utilizzata come vero e proprio alibi per legittimare l'indisponibilità a misurare l'efficacia delle proprie attività.

Standardizzazione e personalizzazione non necessariamente devono essere considerate come approcci contrapposti e tra loro inconciliabili: è possibile, infatti, concepire e praticare l'assistenza infermieristica come attività personalizzata, cioè rivolta alla persona intesa nella sua totalità ed unicità e nella sua peculiare esperienza di paziente, e - ove possibile - standardizzata, cioè orientata alla scelta di quegli interventi che hanno già dimostrato, in situazioni cliniche analoghe, una reale efficacia. Occorre, infatti, considerare la standardizzazione come processo rivolto non solo alle attività, a 'ciò che si deve fare' ma anche - e soprattutto - agli esiti, a 'ciò che si deve raggiungere' ed ai modi per controllarli e valutarli (Motta, 2001).

La letteratura riporta che il Piano Assistenziale Standard (*Standardized Care Plan* - SCP), è strumento utile per la pianificazione per il paziente chirurgico, data la prevedibilità del percorso clinico e dei problemi assistenziali. Esso contiene in forma già pre-strutturata, per ciascuna giornata di degenza, i problemi assistenziali prevalenti, le attività standard in risposta al problema e gli indicatori di risultato specifici, in modo tale che gli infermieri possono documentare con un simbolo "✓" quello che hanno realizzato. In tal modo è possibile, in uno stesso documento, tracciare sia la progettazione dell'assistenza che gli interventi attuati ed i risultati conseguiti (Palese et al., 2006), dando evidenza dello specifico professionale infermieristico e dei risultati di salute per la persona dei quali l'infermiere è responsabile, nel contempo rendendo esplicito il processo decisionale sotteso alle scelte assistenziali compiute (Ofi, Sowunmi, 2012).

Olsson et al. (2009) sottolinea che un piano già pre-strutturato non significa necessariamente erogare la medesima assistenza a tutti i pazienti sottoposti al medesimo intervento, ma che sono possibili deviazioni dallo standard documentabili attraverso un piano di assistenza individualizzato.

Contestualizzazione dell'esperienza

Il gruppo infermieristico della Unità Operative Neurologia dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia ha mosso dal 2017 un percorso di implementazione del Primary Nursing (PN), un metodo di erogazione dell'assistenza centrato sulla relazione ed orientato ai risultati (Iemmi et al., 2017). A partire da questo, il team ha incominciato ad interrogarsi sulla possibilità di creare, per il paziente neurochirurgico, uno strumento di progettazione dell'assistenza che consentisse un'applicazione più agevole della metodologia di pianificazione.

Nel corso dell'implementazione del PN, i colleghi che avevano già acquisito padronanza con la pianificazione per obiettivi, si sono resi conto che le peculiarità del percorso assistenziale del paziente neurochirurgico rappresentate da ricorsività dei problemi assistenziali e sequenzialità delle attività di cura erogate, richiedevano uno strumento di pianificazione diverso da quelli in uso nell'ambito dell'implementazione del PN e che non dovesse essere ri-disegnato su ciascun paziente. Uno strumento cioè già pre-strutturato nella parte di problemi assistenziali ed attività e tale da consentire un immediato focus su 'ciò che si deve raggiungere' e sulle modalità per controllare e valutare tali risultati.

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) dell'ex Azienda Ospedaliera ASMN – IRCCS - e dell'attuale Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, ha lanciato già dal 2015 la proposta di sperimentare laboratori di pratica professionalizzanti, fra questi uno dedicato ai SCP, al quale hanno aderito le Unità Operative di Ginecologia, Urologia, Pneumologia e Presidio Disabilità Infantili (UDGE) (Iemmi et al., 2017; Gradellini et al., 2018). Con tale laboratorio si intende diffondere l'utilizzo del SCP quale strumento di pianificazione nella presa in carico dei pazienti.

A partire da tale esperienza, anche al gruppo della Neurologia è stato proposto l'allestimento per il paziente neurochirurgico di SCP. Tale strumento di pianificazione è in grado, nell'ambito dell'implementazione del PN, sia di uniformare l'assistenza a partire dalla definizione di quanto dimostrato essere di provata efficacia (ossia praticare un'assistenza standardizzata), che di mantenere la centralità del paziente nell'ambito del percorso di cura. Tali aspetti sono entrambi assicurati dalla figura dell'infermiere di riferimento, che avendo assunto la responsabilità del percorso assistenziale del paziente, ne diventa il *garante* nei confronti dello stesso paziente/familiare e di tutti i componenti l'equipe di cura.

Questo articolo intende descrivere la metodologia adottata per l'allestimento di un SCP per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia.

Risultati

Le fasi metodologiche seguite per addivenire alla stesura del SCP per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia sono state le seguenti:

A. Costituzione del gruppo di lavoro composto da un infermiere che è parte del PDTA per la persona con neoplasia cerebrale, due infermieri che hanno dato la loro disponibilità, il coordinatore infermieristico, il dirigente infermieristico di Dipartimento, il tutor del Progetto PN.

B. Formazione d'aula, finalizzata a:

- far acquisire conoscenze in materia di SCP (che cos'è, a che cosa serve, come è strutturato e quali i criteri da seguire nell'allestimento) ed identificare la tipologia di intervento neurochirurgico a partire dal quale incominciare a strutturare SCP;
- a partire dalla revisione delle cartelle infermieristiche relative a pazienti sottoposti ad intervento di craniotomia, condividere le problematiche clinico assistenziali prevalenti, gli interventi attuati ed i risultati attesi;
- strutturare, a partire da quanto emerso dalla revisione delle cartelle e dal contenuto dello specifico PDTA, il SCP per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia.

C. Formazione sul campo, finalizzata ad aggiornare alcune prestazioni contenute nel SCP, alla luce delle più recenti evidenze. In particolare:

- l'appropriatezza della rilevazione dei parametri vitali 4 volte/die, in prima giornata postoperatoria per craniotomia, nel paziente stabilizzato;
- indicazioni al paziente per l'igiene del capo e dei capelli dopo craniotomia. Attualmente è già adottata la pratica di non rasare l'intero capo prima dell'intervento.

La revisione bibliografica ha esitato in:

- rilevazione dei parametri vitali 4 volte/die: è da attuarsi solo in caso di paziente con patologie cardiache o se nel corso dell'intervento si siano verificate alterazioni degli stessi;
- inclusione della rilevazione della frequenza respiratoria tra i parametri vitali rilevati, oltre alla saturazione di ossigeno;
- igiene del capo e dei capelli possibile già dopo 48 ore dall'intervento chirurgico.

A partire da tali evidenze sono state modificate le prestazioni anche nel SCP.

D. Condivisione, con l'intero gruppo infermieristico del piano standard allestito e di tempi e modi per la sua implementazione.

Il gruppo di lavoro è giunto alla realizzazione del seguente SCP per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia. Il SCP si compone di una serie di sezioni comuni a tutti i SCP prodotti nell'ambito dell'ex Azienda Ospedaliera ASMN– IRCCS - e dell'attuale Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia. Tali sezioni sono (Tabella 1):

- Titolo del SCP - con riferimento al gruppo di pazienti a cui fa riferimento;
- Articolazione - per giornata pre-postoperatoria;
- Progettazione dell'assistenza - per ciascuna giornata di degenza di:
 - diagnosi infermieristiche specifiche e/o rischi di complicanze specifiche per la tipologia di intervento;
 - prestazioni infermieristiche in risposta a ciascun problema assistenziale ed eventuali riferimenti a procedure e/o protocolli;
 - indicatori di risultato (1-2) più appropriati per monitorare la risoluzione/evoluzione del problema.
- Spazio per la firma dell'infermiere - che ha erogato le attività;
- Spazio aperto per la personalizzazione - nel quale inserire problemi assistenziali specifici in relazione alle caratteristiche del paziente.

Tabella 1 - Sezioni comuni a tutti i SCP prodotti nell'ambito dell'ex Azienda Ospedaliera ASMN– IRCCS - e dell'attuale Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia

SEZIONE: TITOLO		
PIANO STANDARD (SCP) PER IL PAZIENTE _____		
SEZIONE: ARTICOLAZIONE PER GIORNATA PRE-POSTOPERATORIA		
___ ° GIORNATA POST-OPERATORIA		
SEZIONE: PROGETTAZIONE DELL'ASSISTENZA		
DIAGNOSI INFERMIERISTICHE/ PROBLEMI COLLABORATIVI	ATTIVITÀ	SCALA DI MISURA DEL RISULTO
SEZIONE: SPAZIO PER LA FIRMA DELL'INFERMIERE		
FIRMA INFERM. POMERIGGIO _____	FIRMA INFERM. MATTINO _____	FIRMA INFERM. NOTTE _____
SEZIONE: SPAZIO APERTO PER LA PERSONALIZZAZIONE		
DATA/ ORA	SPAZIO PER NOTE Da utilizzare SOLO se si ritenga di dover: - dettagliare valutazioni sul paziente; - motivare l'attuazione o non attuazione di interventi assistenziali; o - segnalare problemi organizzativi o gestionali che hanno ripercussioni sull'assistenza al paziente NOTA BENE: se insorgono problemi assistenziali (Diagnosi infermieristiche o Problemi collaborativi) che vanno al di fuori dello standard, APRIRE RELATIVO FORMAT DEL PROBLEMA	FIRMA

In Tabella 2, a scopo esemplificativo, la pianificazione della prima giornata postoperatoria contenuta nel SCP per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia.

Tabella 2 - SCP per il paziente sottoposto ad intervento di craniotomia: dettaglio relativo alla 1° Giornata Postoperatoria

PIANO STANDARD (SCP) PER IL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO DI CRANIOTOMIA		
1° GIORNATA POST-OPERATORIA		
DIAGNOSI INFERMIERISTICHE/ PROBLEMI COLLABORATIVI	ATTIVITÀ	SCALA DI MISURA DEL RISULTATO
RISCHIO DI LESIONI/SICUREZZA: EFFETTI/AVVERSI DELL'ANESTESIA GENERALE/ EMORRAGIA/ IPERTENSIONE ENDOCRANICA	☐ posizionare il paziente nel letto a 30°-40° ☐ M ☐ P ☐ N ☐ controllare stato di coscienza e valutare GCS ☐ M ☐ P ☐ N ☐ controllare PA, FC, SO ₂ , TC ☐ M ☐ P ☐ N ☐ controllo della nausea, vomito e vertigini ☐ M ☐ P ☐ N ☐ controllare la medicazione sul sito chirurgico ☐ M ☐ P ☐ N ☐ avvisare clinico se medicazione visibilmente alterata (sporca, staccata ...) ☐ M ☐ P ☐ N ☐ controllare la funzionalità dei diversi presidi (CV, SNG, CVC, elastomero) ☐ M ☐ P ☐ N ☐ controllare funzionalità del drenaggio, caratteri e quantità del materiale drenato ☐ M ☐ P ☐ N ☐ avvisare il medico dell'arrivo del paziente ed attendere nuove prescrizioni: eventuale rimozione CV e SNG se non presente vomito e test acqua negativo ☐ M ☐ P ☐ N ☐ somministrare terapia infusiva postoperatoria ☐ M ☐ P ☐ N ☐ informare il paziente a non toccare, trazionare e comprimere i diversi presidi ☐ M ☐ P ☐ N ☐ valutare eventuale presenza di disfagia ☐ M ☐ P ☐ N ☐ effettuare impacchi con ghiaccio in caso di edema periorbitale ☐ M ☐ P ☐ N ☐ ri-somministrare scala Conley e Braden ☐ M ☐ P ☐ N	Ripresa dell'alimentazione ☐ sì ☐ no Rimosso CV ☐ sì ☐ no Attivata logopedista ☐ sì ☐ no
COMPROMISSIONE DELLA MOBILIZZAZIONE	☐ aiutare il paziente nella prima alzata dal letto e ad alzarsi in modo graduale ☐ M ☐ P ☐ N ☐ se presenti deficit motori o difficoltà alla mobilizzazione chiedere al medico l'intervento FKT ☐ M ☐ P ☐ N ☐ educare il paziente su come gestire i drenaggi durante la mobilizzazione e nella deambulazione ☐ M ☐ P ☐ N	Attivato FKT ☐ sì ☐ no
DOLORE	☐ monitorare livello di dolore con scala NRS ☐ M ☐ P ☐ N ☐ somministrare terapia antalgica prescritta ☐ M ☐ P ☐ N ☐ monitorare l'efficacia della terapia somministrata ☐ M ☐ P ☐ N	Dolore controllato ☐ sì ☐ no
FIRMA INFERM. POMERIGGIO _____	FIRMA INFERM. MATTINO _____	FIRMA INFERM. NOTTE _____

Conclusioni

Nell'ambito del PN, disporre di un SCP consente di coniugare in modo coerente i supporti utilizzati per la pianificazione, la metodologia di progettazione dell'assistenza e lo scopo perseguito dalla implementazione del PN. Una metodologia di erogazione dell'assistenza la cui finalità è rendere evidente la professionalità infermieristica agita in risposta alle specifiche esigenze assistenziali del paziente esplicitate nell'ambito della relazione di cura con l'infermiere di riferimento.

Lo strumento SCP diviene perciò, nelle mani dell'infermiere di riferimento, un documento di indirizzo dell'assistenza, in grado di assicurare prestazioni di qualità e che, quando appropriato (*rendere proprio*) alle caratteristiche del paziente, lascia spazio alla personalizzazione.

Inoltre l'allestimento di SCP, quale strumento che nasce *dalla* pratica clinica *per* la pratica clinica, consente di dare evidenza e rendere esplicita una competenza infermieristica espressiva di uno sguardo proprio, utile e non dimostrativo, conferendo in tal modo pieno significato alla A compresa nel PDT per la persona con neoplasia cerebrale.

Gli sviluppi futuri di quanto sino ad oggi allestito dovranno misurare il SCP alla prova dei fatti: è necessario avere un SCP per il paziente che deve essere sottoposto ad intervento di craniotomia effettivamente completo, esaustivo e flessibile, in modo che sia la specificità di ciascun individuo ad orientarne l'applicazione e non che il semplice disporre di SCP per tale tipologia di intervento chirurgico ne giustifichi un'applicazione generalizzata ed uniforme su tutti i pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Gradellini C, Bonocore M, Borgognoni P, Mecugni D, Lemmi M. Il percorso di implementazione di piani standard con tassonomia NANDA-NOC-NIC in un servizio di Ginecologia. L'infermiere. 2018; 1:37-43.
- Lemmi M, Mecugni D, Vezzani E, Amaducci G. Il Primary Nursing un modello applicato, cronaca di un'esperienza di implementazione in due Strutture Complesse ospedaliere. L'Infermiere. 2017 Sep-Oct;5:38-43.
- Ofi B, Sowunmi O. Nursing documentation: experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. Int J Nurs Pract. 2012;18(4):354-62. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x. PubMed PMID: 22845635.
- Olsson PT, Petersson H, Willman A, Gardulf A. Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. Scand J Caring Sci. 2009 Dec;23(4):820-5. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00687.x. Epub 2009 Aug 18. PubMed PMID: 19691490.
- Palese A, Rocio Cabarcas G, Dotti R, Riboli O. Documentazione scritta (consegne e piani di assistenza). Assistenza infermieristica e Ricerca. 2006;25(2):109-114.

ESPERIENZE

La percezione degli infermieri della Health Literacy

di Elisa Marangione (1), Letteria Consolo (2)

(1) Infermiera - Milano

(2) Tutor del CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, sezione Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - Milano

Corrispondenza: elimarangione@icloud.com

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, adottata nel 2015 dall'ONU, contiene gli *UN Sustainable Development Goals* (SDGs), un insieme di 17 obiettivi che mirano a superare le maggiori sfide per lo sviluppo dell'umanità e la sua sopravvivenza (United Nations, 2015). Il piano di azione sviluppato nell'agenda mira ad assicurare la salute ed il benessere favorendo un'educazione equa ed inclusiva, che fornisca opportunità di apprendimento permanente per la promozione della salute. Il concetto di *health literacy* rappresenta una strategia chiave per promuovere la salute, limitando le disuguaglianze, in quanto nata dal connubio della salute come diritto fondamentale dell'uomo e della *literacy* come insieme complesso di competenze e abilità richieste per comprendere le informazioni scritte od orali al fine di interagire con l'ambiente lavorativo e sociale (UNESCO, 2005). Ogni giorno, infatti, le persone affrontano situazioni che implicano decisioni riguardanti la salute (De Caro et al., 2015) e solo poche di esse vengono prese in presenza di personale sanitario.

La *health literacy* è un fenomeno comparso in letteratura a partire dagli anni Settanta; concettualmente viene distinto in:

- *Individual Health Literacy* che concerne la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni sanitarie (Institute of Medicine, 2004);
- *Organizational Health Literacy*, relativa alla puntualità dei professionisti sanitari nell'effettuare un opportuno *enabling* alle persone assistite (Palumbo, 2017).

Il riferimento al singolo individuo è un concetto centrale del tema della *health literacy*, perché in prima istanza sono le persone che dovrebbero sviluppare le potenzialità necessarie a confrontarsi con il sistema sanitario (Kwan et al., 2006); numerosi studi hanno però evidenziato come a livello europeo circa il 12% della popolazione abbia un livello di comprensione totalmente inadeguata e il 35% un livello problematico (Pelikan et al., 2012). Stessi risultati sono riscontrabili anche in Italia, dove circa il 50% della popolazione possiede delle conoscenze inadeguate (Palumbo et al., 2016).

I professionisti sanitari dovrebbero supportare il cittadino in questo percorso, adottando un'informazione trasparente e un linguaggio chiaro e semplice (WHO, 2016); in quest'ottica, la qualità dell'assistenza è direttamente proporzionale alle competenze socio-comunicative del personale sanitario in quanto punto di incontro tra il sistema sanitario e il cittadino (De Caro et al., 2015).

Questo nella realtà avviene raramente: infatti, è stato dimostrato che i cittadini possiedono una ridotta capacità di comprensione e i professionisti una limitata abilità comunicativa, combinazione di fattori che può portare ad esiti di salute diversi da quelli attesi (De Caro et al., 2015).

Lo studio trasversale condotto da Jukkala et al. in Alabama (2009) rilevava come il 16% dei professionisti sanitari non avesse mai sentito parlare di *health literacy* e che la categoria con una maggiore disconoscenza di tale argomento fosse proprio quella degli infermieri (Jukkala et al., 2009). Inoltre, lo studio descrittivo cross-sectional svolto da Macabasco-O'Connell (2011) su 76 infermieri, rilevava che solo il 44% ritenesse la *health literacy* un fenomeno rilevante rispetto ad altre problematiche degli assistiti (Macabasco-O'Connell et al., 2011).

Nel 2016, in uno studio descrittivo condotto da Annarumma e Palumbo in territorio italiano su un campione di 40 professionisti sanitari, è stato rilevato come essi presentassero una sostanziale disconoscenza dell'impatto delle loro azioni sugli *outcome* di salute (Annarumma, Palumbo, 2016).

A fronte di tali risultati, viene raccomandato di introdurre programmi di formazione nel curriculum universitario (Prince, 2017) e la creazione di linee guida di aiuto nella pratica clinica, affinché tutti i professionisti sanitari siano in grado di colloquiare in maniera semplice e chiara con i propri assistiti.

In particolar modo gli infermieri, adattando la propria comunicazione in base all'assistito e al risultato ottenuto e determinando la natura e l'entità delle informazioni necessarie per il percorso socio-assistenziale del cittadino, hanno la possibilità di migliorare la gestione della malattia, di garantire un'aderenza terapeutica ottimale e di promuovere stili di vita sani.

Obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare la percezione della *Health Literacy* tra gli infermieri della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta.

Il nostro percorso

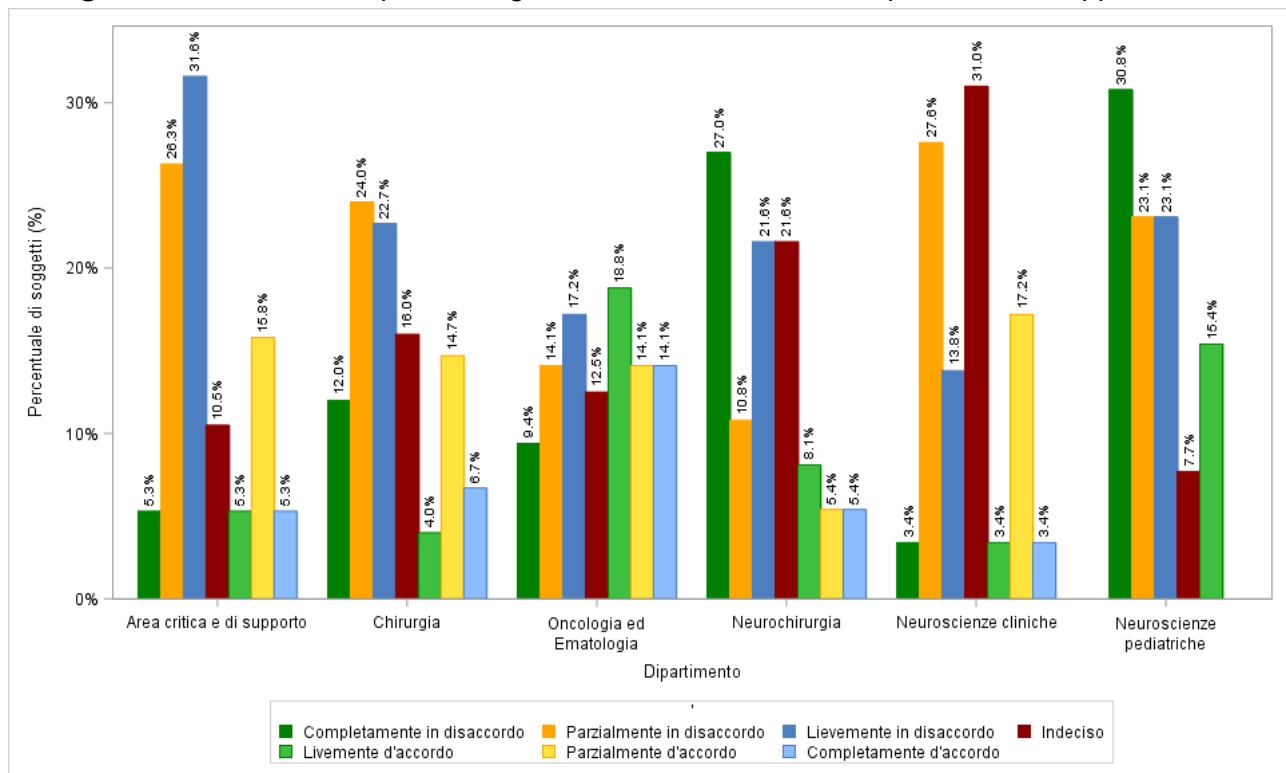
L'indagine ha coinvolto infermieri afferenti a 6 Dipartimenti della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano. Inizialmente è stata svolta una ricerca bibliografica centrata sulla consultazione delle banche dati biomediche Pubmed, Cinahl e Scopus: dalla letteratura è stato individuato lo strumento *Health Literate Healthcare Organization 10-item Questionnaire* (HLHO-10), un questionario validato in italiano e composto da 10 item su scala Likert a 7 punti (Kowalski et al., 2015). Successivamente è stata creata una survey online per la somministrazione del questionario agli infermieri coinvolti.

Dei 403 infermieri identificati, 243 hanno compilato il questionario, con una percentuale di ritorno del 60.3%: 162 esercitavano presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e 81 presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta. Il 63% dei rispondenti era di sesso femminile, l'88% era di nazionalità italiana e il 53% era laureato con percentuali simili per entrambi gli Istituti. L'età mediana è risultata pari a 39 anni (range 31 - 50 anni).

Il 55% dei rispondenti, in modo variabile da lievemente a completamente, ha dichiarato che le direzioni non prendono in considerazione esplicitamente il tema della *health literacy*. Il Dipartimento di appartenenza e il titolo di studio sono risultati associati a differenze significative nei giudizi espressi in riferimento a questa domanda.

Per quanto riguarda i Dipartimenti dell'IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, i giudizi più frequenti sono risultati essere il “parzialmente in disaccordo” per il 69,7% e il “lievemente in disaccordo” per il 67,8%; per quanto riguarda l'IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, i giudizi maggiormente rappresentati sono stati il “completamente in disaccordo” per il 61,2% e “indeciso” per il 60,3% (Figura 1).

Figura 1 – Valutazioni espresse dagli infermieri in relazione al dipartimento di appartenenza



Per quanto riguarda il titolo di studio, il 20% dei diplomati si è dichiarato in lieve disaccordo o parzialmente in disaccordo; i laureati si sono dichiarati “indecisi” per il 23% dei casi e gli infermieri con un master di primo livello hanno sostenuto di essere “completamente in disaccordo” per il 22% dei casi.

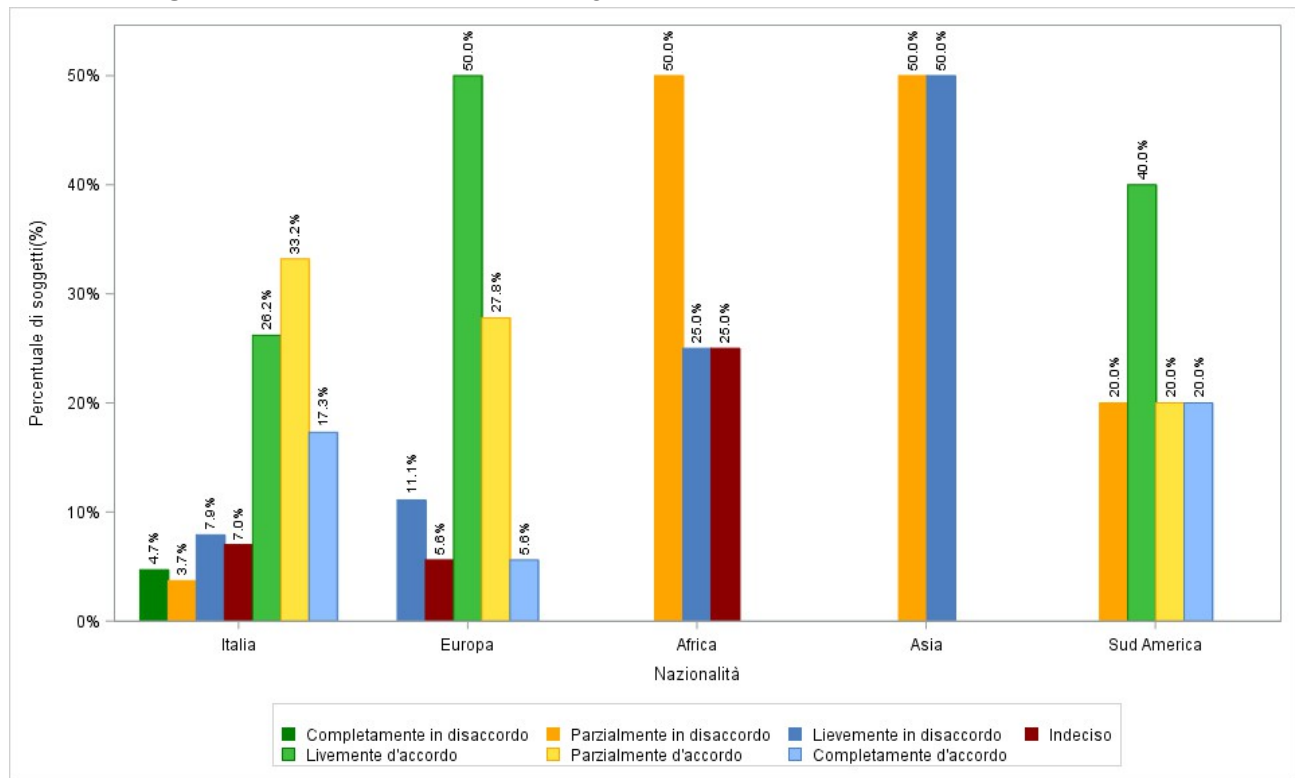
Il 56% dei soggetti, con grado variabile da lievemente a completamente, ha ritenuto che la *health literacy* non sia considerata tra gli indicatori di qualità nella gestione della struttura in cui lavora; le risposte a questa domanda sono risultate significativamente differenti in base all'età del campione: gli infermieri con un'età più bassa (mediana= 36 anni) hanno espresso giudizi meno estremi, a differenza di coloro che si sono detti “completamente in disaccordo” che mostrano un'età mediana di 46 anni.

L'istituto di appartenenza è risultato significativo in riferimento all'item che indagava quanto le comunicazioni sanitarie venissero realizzate *ad personam* in caso di necessità: infatti, il 32% degli infermieri che lavorano presso l'IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori si sono dichiarati “parzialmente in accordo”, a differenza dell'IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, dove la medesima opinione è comparsa solo nel 28% dei casi.

Il 75% dei soggetti, in misura variabile da lievemente a completamente, ha dichiarato che le informazioni vengono rese disponibili agli assistiti anche attraverso mezzi diversi.

Il Paese di origine è risultato associato a differenze statisticamente significative in riferimento a tale affermazione: il 33% degli infermieri italiani ha risposto di essere “parzialmente in accordo”, il 50% degli infermieri europei ha dichiarato di essere “lievemente d'accordo”, il 40% degli infermieri sudamericani era “lievemente d'accordo” e il 50% degli infermieri africani e asiatici si è dichiarato “parzialmente in disaccordo” (Figura 2).

Figura 2 - Valutazioni espresse dagli infermieri in relazione alla loro nazionalità



Più della metà degli intervistati ha infine ritenuto che il personale della struttura in cui lavora non sia formato a proposito di *health literacy*: in particolare, il 60% ha espresso giudizi compresi nei tre gradi di disaccordo, senza mostrare una differenza significativamente differente nelle risposte fornite.

Discussione

I risultati di questo studio, considerata la scarsità di informazioni sull'utilizzo della *health literacy* nel contesto italiano, si dichiarano in linea con la lacuna di conoscenza in merito a tale argomento e, pertanto, possono fornire utili indicazioni per la formazione e la ricerca futura.

Complessivamente, i risultati mostrano che il fenomeno della *health literacy* è poco considerato dalle politiche organizzative delle strutture coinvolte, soprattutto in riferimento a tre ambiti differenti: gestione organizzativa, qualità e formazione. In opposizione con le linee guida internazionali [(Coleman et al., 2011), (US Department of Health and Human Services, 2010), (WHO, 2017)] che sostengono la necessità di investire in tema di *health literacy*, dai risultati sembra emergere una mancanza di investimento nell'insegnamento e nell'impiego di tecniche relative a questo tema di grande rilevanza.

In dettaglio, la *health literacy* è risultata poco o per nulla considerata nelle politiche organizzative (55% degli intervistati) e non viene considerata un indicatore di qualità (56% degli intervistati).

Il dato si dimostra in linea con quanto analizzato in letteratura, in cui si suppone che le organizzazioni siano tendenzialmente poco sensibili a questo fenomeno (Hernandez, 2013).

Altrettanto lacunosa risulta la formazione in tema di *health literacy*, che è ritenuta insufficiente da più della metà degli intervistati (60%): questo dato è in linea con quanto riporta la letteratura, in quanto numerosi studi hanno sottolineato una sostanziale mancanza di formazione soprattutto per i professionisti che sono a maggiore contatto con il cittadino (Prince, 2017).

Tuttavia, in accordo con quanto espresso in letteratura (DeWalt et al., 2004) e con quanto emerso dai risultati analizzati, è proprio nella pratica clinica costante che gli infermieri adottano e apprendono le migliori tecniche per rendere un servizio sanitario *health literate*. Questo dimostra che gli infermieri utilizzano le risorse comunicative di loro conoscenza per contrastare la mancanza di strumenti messi a disposizione dalla struttura.

In particolare, la maggior parte degli intervistati ha espresso delle opinioni positive in merito al fatto di saper realizzare comunicazioni *ad personam* e di rendere disponibili le informazioni agli assistiti anche attraverso mezzi diversi. Dati che, in accordo con la letteratura internazionale, vedono la pratica clinica come un punto di partenza per l'approfondimento e lo sviluppo di particolari abilità comunicative, formalmente delineate nella formazione universitaria (Kennedy Sheldon, Hilaire, 2015).

Dai risultati complessivi, si evidenzia una differenza nel grado di criticità espressa dai rispondenti nell'esprimere dei giudizi che siano rivolti verso l'organizzazione piuttosto che verso sé stessi. Nel momento in cui il professionista è coinvolto in prima persona, con le sue abilità e competenze, riesce ad esprimere opinioni più neutrali o, comunque, maggiormente positive, motivo per il quale è possibile ipotizzare che l'alfabetizzazione è vista dai rispondenti quasi esclusivamente come una risorsa personale, che si sviluppa con il tempo e con l'esperienza, piuttosto che una combinazione tra qualità personali e organizzative.

I risultati si discostano da quanto emerge in letteratura, principalmente per due aspetti: in primo luogo perché sembra dissolversi la distinzione tra *individual health literacy* e *organizational health literacy* (Palumbo, 2017), a favore della prima; secondariamente per la consapevolezza e padronanza di tale argomento dimostrata dagli infermieri partecipanti, che solitamente tendevano a sovrastimare il proprio livello di conoscenza della *health literacy* (Jukkala et al., 2009).

Conclusioni

La *health literacy* contribuisce a rendere l'assistenza sanitaria umana, personale e internazionale. Essa è applicabile e adattabile a ogni contesto sanitario, trovando ampio utilizzo sia in ambito clinico sia in ambito organizzativo.

Nei contesti considerati si osserva un livello di utilizzo e formazione in media con alcuni Paesi europei o extra-europei; pertanto, sono necessari ulteriori sforzi per l'inserimento della *health literacy* in ambito universitario, clinico e organizzativo. Di aiuto in tal senso potrebbe essere lo sviluppo e la liberalizzazione di linee guida o materiali informativi per l'utilizzo di tecniche comunicative *health literate*.

Infatti è importante che si comprenda che aumentare il livello di alfabetizzazione del cittadino non solo va a vantaggio del singolo, ma rende anche i servizi più sicuri e attenti ai bisogni dell'assistito.

Studi futuri potranno indagare ed analizzare il fenomeno su larga scala per comprendere in quali aspetti gli infermieri si ritengono maggiormente carenti, al fine di implementare percorsi formativi per professionisti.

Tutto questo porterebbe a un miglioramento nell'ottica della qualità delle cure e a un miglioramento degli *outcome* di salute dei cittadini, soprattutto in un contesto attuale dove la centralità della persona assistita è il fulcro dell'assistenza infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Annarumma, C., Palumbo, R. Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations: exploratory insights. *Journal of Health Management*, 2016; 18 (4): 611–624.
- Coleman, C., Kurtz-Rossi, S., McKinney, J., Pleasant, A., Rootman, I., Shohet, L. The Calgary Charter on Health Literacy. Montreal: Government of Canada's Office of Literacy and Essential Skills; 2011.
- De Caro, W., Caranzetti, M.V., Capriati, I., Alicastro, M.G., Angelini, S., Dionisi, S., Lancia, L., Sansoni, J. Il concetto di Health Literacy e la sua importanza per la professione infermieristica. *Professioni infermieristiche*, settembre 2015; 68 (3): 133–142.
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., Pignone, M.P. Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med*, 2004; (19): 1228–1239.
- Hernandez, L.M. Improving health, health systems and health policy around the world: workshop summary. Washington D.C.: Institute of Medicine; 2009.
- Institute of Medicine. Health Literacy: a prescription to end confusion. Washington D.C.: National Academies Press; 2004.
- Jukkala, A., Dupree, J.P., Graham, S. Knowledge of limited health literacy at an academic health center. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2009; (40): 298–302.
- Kennedy Sheldon, L., Hilaire, D.M. Development of communication skills in healthcare: Perspectives of new graduates of undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2015; 5 (7): 30–37.
- Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Services Research*, 2015; 15 (47).
- Kwan, B., Francis, J., Rootman, I. The development and validation of measure of health literacy in different populations. Vancouver: Canadian Institute of health promotion research; 2006; 1–189.
- Macabasco-O'Connell, A., Fry-Bowers, E. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*, 2011; 16 (sup 3): 295–307.
- OMS. WHO Strategic Communications Framework for effective communications. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2017.
- Palumbo, R. The bright side and the dark side of patients empowerment. Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment. Fisciano: Università degli Studi di Salerno; 2017.
- Palumbo, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M., Piscopo, G. The Italian Health Literacy Project: insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*, 2016; 120 (issue 9): 1087–1094.
- Pelikan, J.M., Rothlin, F., Ganahl, K. Comparative report on health literacy in eight EU member states. HLS-EU Consortium; 2012.
- Prince, L.Y. Assessing Organizational Health Literacy at an Academic Health Center: a quantitative research study. Theses and Dissertations; 2017.
- UNESCO. Aspects of literacy assessment. Parigi: UIS; 2005.
- United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: UNESCO; 2015.
- US Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington D.C.: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010.
- WHO. Shanghai Declaration on promoting health in 2030 Agenda for Sustainable Development. Shanghai: WHO; 2016.

SCAFFALE

In modo giusto. Medicina Narrativa nelle cure di fine vita

di Marta De Angelis e Paolo Trenta

Editore: Maria Margherita Bulgarini Firenze, 2018
pagine 261, euro 18,00



C'è *un* modo giusto per vivere il morire e la morte? A questa domanda fondamentale cercano di dare una risposta Marta De Angelis, una giovane dottoressa di Cure Palliative, e Paolo Trenta, un sociologo con una ampia e matura esperienza in Medicina Narrativa. Lo fanno con un volume di estremo interesse sia per gli addetti ai lavori, sia per le persone comuni: in ambedue le prospettive la morte e il morire saranno parte del proprio cammino. *In modo giusto* cerca appunto di dare risposta a quel quesito che ci siamo posti in partenza, per giungere a una considerazione che ormai accomuna tutti coloro che si riconoscono nella Medicina Narrativa, a cui è dedicata questa collana dell'editore Maria Margherita Bulgarini: non può riconoscersi *un* modo giusto, per così dire unico, universale, bensì *il* modo giusto, ovvero quello che ciascuno di noi riconosce come tale, in base alla sua esistenza, alle sue scelte, ai suoi valori.

Il percorso che offre il volume è decisamente degno di attenzione per il suo particolare valore: come ci dice Stefania Polvani, Presidente della Società Italiana di Medicina Narrativa, è “un prezioso scrigno di reazioni: pensieri ed esperienze di pensatori, di professionisti, di scrittori, di ammalati e di loro familiari e amici” (pag. 8).

Nella prima parte l'approccio sociologico ci aiuta a inquadrare le problematiche del nostro tempo sulla morte. Ci viene così descritta la *decostruzione della morte* (pag. 52), definita da Bauman come la scomposizione in piccole parti, ognuna delle quali affrontabile separatamente, e successivamente la medicalizzazione della morte, per giungere a analizzare, con una ricca ed ampia rassegna di autori, la morte nella società postmortale. Gli Autori giungono così a riaffermare “l'ineludibile esigenza di comporre, connettere, collegare in un'unica trama vita e morte, poiché è quest'ultima che definisce il senso del vivere e la sua intima ed esclusiva essenza” (pag. 75).

Essenziale, in questo percorso di cura della morte, è il ruolo dei professionisti e degli operatori sanitari: infatti “plasmare la propria storia sino alla fine della propria vita può essere fatto solo con un accompagnamento solidale, caldo e competente, da parte di chi conosce le cose cui va incontro e conosce anche i rimedi lenitivi per contenere e limitare le sofferenze inutili” (pag. 117).

Ma una parte fondamentale dell'opera è proprio quella finale, nella quale vengono presentate le storie di varie persone, che da una parte (quella della persona paziente e dei suoi cari) e dell'altra (quella dei professionisti) raccontano il complesso quanto affascinante percorso della fine della vita, affinché la storia di ciascuno possa essere di aiuto all'altro, persona o professionista che sia.

L'intento degli Autori si dimostra, dopo 262 pagine, ampiamente soddisfatto: "solo così è possibile, come abbiamo provato a dimostrare, costruire per ogni persona un vivere la fine della vita e un morire 'in modo giusto', senza dolori inutili, 'sazio di giorni', 'al momento giusto', come nel suo Zarathustra ha ammonito Nietzsche" (pag. 260).

Laura D'Addio

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

Comitato editoriale

Cosimo Cicia, Giancarlo Cicolini, Nicola Draoli, Barbara Mangiacavalli,
Beatrice Mazzoleni, Auslia Pulimeno, Franco Vallicella

Redazione

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Annamaria Ferraresi, Silvestro Giannantonio,
Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

Ennio De Santis
Vladislav Popov

Editore

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi
Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma
tel. 06 46200101 fax 06 46200131

Internet

www.fnopi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

del Tribunale di Roma n. 181 del 17/6/2011

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicate sul sito www.fnopi.it, nella sezione "Formazione e Ricerca".

I lavori vanno inviati a: federazione@cert.fnopi.it