



neu

RIVISTA SCIENTIFICA DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA

ISSN 1723-2538



Associazione
Nazionale
Infermieri
Neuroscienze

PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI NEUROSCIENZE



AGGIORNAMENTI

- › LA DIGNITÀ NEL FINE VITA: LE OPINIONI DEGLI INFERMIERI
- › DEPRESSIONE POST PARTUM NELLE MAMME DI NEONATI CARDIOPATICI
- › IL POTENZIALE DEI CLINICAL NURSE SPECIALIST
- › MEDICINA COMPLEMENTARE: L'UTILIZZO DEL BIOFEEDBACK NEL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE
- › DIPENDENZA DA INTERNET E NOMOFOBIA
- › LA COMPLESSITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

APPROFONDIMENTI

- › EMOZIONI: L'INFERMIERA CHE ABBRACCIA
- › L'INFERMIERA A CONTATTO CON LE EMOZIONI
- › ADDO MESTICARE LE EMOZIONI

RECENSIONI

- › RECENSIONE A CURA DI SIMONA FACCO
IL BAMBINO MIGLIORE?
CHE COSA SIGNIFICA ESSERE GENITORI RESPONSABILI AL TEMPO DEL GENOME EDITING
DI MAURIZIO BALISTRERI
- › FIGURE STORICHE DIMENTICATE
IL NUMERO DI MAREA
GRAZIE A LEI 2022

N.4

DICEMBRE 2022 ANNO 41' N.4

DIRETTORE SCIENTIFICO

FRANCESCO CASILE
 f.casile@anin.it

VICE DIRETTORE SCIENTIFICO

FRANCESCO TARANTINI

DIRETTORE RESPONSABILE

CLAUDIO SPAIRANI

COMITATO DI REDAZIONE

KARIMA BOURAOUIA (TORINO)
 FABIANA CASSANO (PARMA)
 TIZIANA LAVALLE (BOLOGNA)
 LETIZIA VOLA ORBASSANO (TO)
 ANNA ROSSI (MILANO)
 SARA TAMBONE CUMIANA (TO)
 MARIA LUISA LANGELLA NAPOLI
 SIMONETTA POLANSKI
 MICHELE PAZZOLO MILANO

COMITATO SCIENTIFICO

PROF. MARCO FONTANELLA
 NEUROCHIRURGO
 (UNIVERSITÀ DI BRESCIA)
 DOTT. PIERGIORGIO LOCHNER
 NEUROLOGO (UNIVERSITÀ
 SAARLAND GERMANIA)
 PROF.SSA ROBERTA SALA
 FILOSOFA POLITICA
 (UNIVERSITÀ VITA-SALUTE
 SAN RAFFAELE - MILANO)
 PROF.SSA ALESSANDRA SANNELLA
 SOCIOLOGA
 (UNIVERSITÀ DI CASSINO
 E DEL LAZIO MERIDIONALE)
 PROF.SSA CHIARA TRIPODINA
 GIURISTA (UNIVERSITÀ DEL
 PIEMONTE ORIENTALE)
 PROF. MAURIZIO BALISTRERI
 FILOSOFO MORALE
 (UNIVERSITÀ DI TORINO)
 DOTT. SILVIO SIMEONE
 INFERMIERE (UNIVERSITÀ
 MAGNA GRECIA CATANZARO)
 DOTT. ERMANNO GIOMBELLI
 NEUROCHIRURGO
 (A.S.O.U DI PARMA)
 DOTT. MAURIZIO MELIS
 NEUROLOGO
 (A.O. BROTTU DI CAGLIARI)

WEB MASTER:
 Rocco Lima (Parma)

Grafica e impaginazione in proprio
 Registrazione Tribunale
 di Brescia n. 54/1995

CONSIGLIO DIRETTIVO 2022-26

UFFICIO DI PRESIDENZA
 Presidente
 DOTT.SSA GIUSY PIPITONE

Vice Presidente
 DOTT.RE GIUSEPPE CASILE
 Tesoriere
 DOTT.RE GIOVANNI GIACOMINI
 Segretario
 DOTT.RE FEDERICO CORTESE

CONSIGLIERI NAZIONALI
 DOTT.SSA ERIKA PESCE
 DOTT.RE GIANCARLO MERCURIO
 DOTT.SSA VANESSA PUCCI

DELEGATI REGIONALI

ABRUZZO
 DOTT.RE ANDREA FINI
 CALABRIA E BASILICATA
 DOTT.RE PAOLO MARINO
 CAMPANIA
 DOTT.RE MICHELE NAPOLITANO
 EMILIA-ROMAGNA E LIGURIA
 DOTT.SSA VALENTINA PERRIA

VENETO
 DOTT.SSA ANNARITA
 SORRENTINO

LAZIO
 DOTT.RE MARCO CECCHI

LOMBARDIA E TRENINO
 DOTT.RE FRANCESCO
 TARANTINI

MARCHE
 DOTT.SSA CHIARA GATTI

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
 DOTT.SSA ANNALISA DAL FITTO

PUGLIA E MOLISE
 DOTT.RE GIOVANNI GRUMO

SARDEGNA
 DOTT.SSA A. NICOLINA MANCA

SICILIA
 DOTT.RE PIETRO STURIALE

TOSCANA E UMBRIA
 DOTT.RE GIACOMO BIANCHI

FRIULI-VENEZIA GIULIA
 DOTT.RE DAVIDE CARUZZO

PAST PRESIDENT

VANNA PELLIZZOLI
 FRANCESCO CASILE
 CLAUDIO SPAIRANI
 MILENA MACCHEROZZI
 ANTONELLA LETO
 CRISTINA RAZZINI

COME INVIARE UN ARTICOLO A NEU NORME PER GLI AUTORI

Neu, Organo di stampa dell'Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (**ANIN**), pubblica, previa approvazione del Comitato di Redazione (CdR), articoli relativi alle diverse funzioni ed ambiti della professione infermieristica ed ostetrica. Sono preferiti articoli di ricerca con lo scopo di informare, aggiornare, raffrontare le buone pratiche cliniche, valorizzare, favorire il confronto e diffondere i progetti e le esperienze sul campo. Essi devono contenere non più di 5000 parole, abstract escluso - eventuali deroghe possono essere prese in considerazione dal CdR. Le opinioni espresse dagli Autori così come eventuali errori di stampa non impegnano la responsabilità del periodico. Gli articoli non devono essere già stati proposti ad altre riviste per la pubblicazione; qualora fossero già stati pubblicati, possono essere proposti al CdR solo se corredati di copyright da parte del primo editore. I testi andranno inviati nei formati DOC (Microsoft Word) e PDF (Adobe Reader). La PAGINA INIZIALE deve contenere:

- TITOLO in lingua italiana e inglese;
- NOME e COGNOME di ogni AUTORE;
- NOME e SEDE dell'ENTE di APPARTENENZA;
- RECAPITO, TELEFONO, E-MAIL e/o FAX dell'AUTORE.

In caso di necessità sarà cura della redazione rivedere il testo dell'abstract.

I LAVORI SCIENTIFICI devono essere strutturati preferibilmente secondo il seguente ordine:
TITOLO: in italiano e inglese
ABSTRACT STRUTTURATO: in italiano e inglese. Non deve superare le 300 parole. Deve rispecchiare con precisione il contenuto dell'articolo. Non deve includere riferimenti o abbreviazioni. Deve contenere: Finalità e obiettivi, Background (indicazioni di quanto è già noto su questo argomento), Disegno della ricerca, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni (l'indicazione di quanto questo studio aggiunge al tema)

KEYWORDS: in italiano e in inglese. Devono essere necessariamente contenute nel testo (max 6).

INTRODUZIONE: deve illustrare brevemente la natura e lo scopo del lavoro, con citazioni bibliografiche significative, senza includere dati e conclusioni

MATERIALI E METODI: devono descrivere dettagliatamente: i metodi di selezione dei partecipanti; la volontà dei soggetti interessati di voler partecipare allo studio previa compilazione del consenso informato e l'autorizzazione delle Autorità competenti (ad esempio: Direzione Sanitaria) o l'esplicita approvazione del Comitato Etico locale; le informazioni tecniche; le modalità di analisi statistica.

RISULTATI: forniscono con chiarezza e concisione quanto emerso dallo studio, senza alcun giudizio e/o parere dell'autore.

DISCUSSIONE: consiste nello spiegare e commentare i risultati trovati confrontandoli con gli obiettivi iniziali/ipotesi e/o eventualmente con quelli di altri autori. Definisce la loro importanza ai fini dello studio e l'eventuale applicazione nei diversi settori.

CONCLUSIONI: riassumono i risultati e la discussione, focalizzandosi sugli aspetti principali emersi e sulla forza/debolezza dello studio stesso preannunciando eventuali sviluppi di ricerca futuri. Costituiscono gli indicatori di quanto lo studio apporti alla ricerca, alla pratica professionale e alla competenza.

Le **CITAZIONI NEL TESTO:** bisogna riportare tra parentesi il nome dell'autore del lavoro seguito dalla virgola e dalla data di pubblicazione (es. Rossi, 2005). Ove presenti più autori dello stesso lavoro, il nome del primo seguito da et al. sarà sufficiente (es. Barder et al., 1994).

L'ICONOGRAFIA: i GRAFICI, se generati in Microsoft Excel o simili, dovranno essere inviati corredati della tabella dei dati che ha generato il grafico; le FIGURE in formato digitale JPG o TIFF, con risoluzione minima di 300 dpi, devono pervenire numerate progressivamente con numeri arabi e fornite di idonee didascalie; le TABELLE devono essere numerate progressivamente con numeri romani su fogli separati con relative intestazioni; il posizionamento approssimativo delle tabelle e delle figure va indicato nel corpo del testo.

La **BIBLIOGRAFIA:** deve essere redatta secondo Harvard Style e deve comprendere tutte, ed esclusivamente, le voci richiamate nel testo. Le voci bibliografiche vanno quindi numerate progressivamente secondo l'ordine alfabetico, con numeri di riferimento inseriti nel testo. Esempio:

- I. Annas, G.J. (1997) Reefer madness... N Engl J Med, 337, 435-9.
- II. Grinspoon, L. and Bakalar, J.B. (1993) Marijuana: the forbidden medicine. New Haven: Yale University

La **SITOGRAFIA** deve contenere la data dell'ultima consultazione e l'URL del sito; in caso di consultazione di documento presente su un sito, specificare autore e titolo del documento e la collocazione nel sito con l'URL.

INCLUSIONI TRA GLI AUTORI: deve essere specificato chi ha preso parte al lavoro per una quota tale da poter assumere pubblica responsabilità del suo contenuto.

RINGRAZIAMENTI/RICONOSCIMENTI: deve essere esplicitata l'autorizzazione degli autori e delle case editrici all'utilizzo delle citazioni, dei dati ed dei materiali illustrativi ripresi da pubblicazioni precedenti in conformità con le norme che regolano il copyright.

Il CdR si riserva il diritto di apportare al testo minime modifiche di forma e/o di stile per uniformità redazionale.

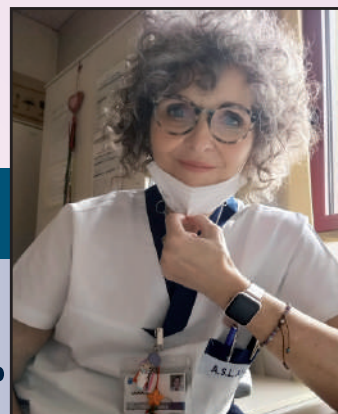
neU

EDITO RIALE

LAURA BINELLO

Infermiera - ellebinello@gmail.com

E viene giù dal ciel, lento, un racconto che consola il cuor



Dicembre 2022

Dialogo immaginario tra due infermiere, la notte santa del 24 dicembre, quando, salutando l'ultimo paziente, spento il monitor dell'ultimo PC, ci si congeda e, dentro un proibitivo abbraccio, ci si augura qualcosa.

Cosa posso augurarti amica mia, collega cara?

La salute, per esempio, banale? No. Quella salute che noi preserviamo, quella che talvolta perdiamo.

Quel precario equilibrio che in 40 anni di carriera, o poco più, ci trasforma da performanti professioniste della cura a fragili creature piene di malattie, più o meno gravi, con quelle piccole inabilità temporanee o permanenti, con quel disagio che sembra sempre più una pressa sul torace, anche quando ti illudi che sia semplice stanchezza, usura, vecchiaia.

E allora amica mia voglio augurarti salute e amore. L'amore, quello per i figli, per un marito, per un'amica, per un gatto magari.

Penso all'amore materno: amare i figli, significa non chieder loro niente e dare tutto. Un giorno essi spariranno, non saranno più in contatto con voi. Chiedere a vostro figlio di telefonarvi, di darvi notizie, non è amore. Il figlio fa quel che sente il bisogno di fare; non si domanda niente ad un figlio, e una madre o un padre sanno sempre qual che c'è da fare, o non fare.

Ma curare qualcuno con amore resta, su un piano umano e sociale, una vera rivoluzione.

Amare, è ascoltare, è essere presenti. Stanotte vorrei farti dono anche dell'amore eterno per questa professione che ci sta cambiando, rendendoci spesso degli eccellenti tecnici capaci anche di distaccarci, all'occorrenza, da quella pietas umana che ci travolge, e ci rende così fragili e incapaci di metterci dentro quei panni altrui che non ci proteggono affatto. E allora ti auguro soldi e prosperità. La stabilità economica che abbiamo certo, ma quella che molti non hanno, che alcuni meriterebbero e che parecchi sprecano.

Il riconoscimento economico ma anche il riconoscimento professionale, la capacità di mantenere salda quella identità vacillante che non si nutre di poche centinaia di euro elargite una tantum.

Nel sacco di Babbo Natale troverai anche la libertà, amica cara.

Quella libertà di tornare a sfiorarci, baciarsi, accarezzarci senza maschere a penzolini o distanze che di sicurezza ormai ne hanno ben poca.

La libertà di poter essere l'infermiera che hai scelto di essere, senza cedere a troppi compromessi o senza farti distrarre da altre condizioni che nulla hanno a che vedere con il bene dell'ammalato.

C'è un pacco speciale quest'anno per

noi, dentro c'è la bellezza della Cura. Sarà un dono particolare quando vi rendete conto di non aver mai capito fino in fondo cosa significhi curare e che curare con amore (non) è una fesseria.

Vi rendete conto che amare è parte di ognuno di voi e quel che vi rende felici come curanti non è l'amore ma amare, in senso lato, la storia di chiunque si affidi a voi.

La parola "amore" non c'entra e il dono inaspettato è quella parola "Cura" che prende forma e che diventa una ghirlanda di consapevolezza. Ed eccolo il magnifico regalo che metto quest'anno nelle vostre mani cari infermieri: quando tutto questo sarà chiaro potrete essere dei curanti normali, non speciali, non super eroi, non salvatori di vite.

Eserciterete la vostra professione senza recitare, senza sentirvi obbligati alla forma, preferendo di gran lunga la sostanza che vi guiderà nel rapporto con quell'altro che ripone in voi aspettative così da grandi da far paura a chiunque abbia rispetto della cura.

Curare è ascoltare ma anche sapersi ascoltare.

**E vien giù dal ciel, lento,
Un canto che consola il cuor
E mi dice: "spera anche tu...
è Natale, non soffrire più"**



A cura di: Francesco Casile

Emozioni “Alleate Preziose”

Alcune autrici di questo numero, nel loro navigare sul tema, mi hanno ricordato quanto ci veniva insegnato nelle scuole infermieri e cioè che bisogna sempre mantenere il giusto distacco con le persone assistite.

Ma qual è il giusto distacco? Come si fa a mettere distanza fra sé e la persona sofferente che ti offre emozioni? Una delle autrici scrive che alcuni colleghi “Preferiscono un corpo intubato ad un corpo che piange; scelgono di non comprometersi per mantenere l’equilibrio”.

Mi è capitato spesso di incontrare colleghi che usavano questa modalità ma, pur cercando di rimanere distanti per non essere coinvolti, erano quelli che nel silenzio soffrivano maggiormente. Il motivo di questo stato d’animo è dovuto, secondo le autrici, al fatto che le emozioni si trovano “certamente nel corpo ma in un corpo vissuto e costituito dalle sue relazioni sociali”.

Questo passaggio ci rimanda a quanto descritto dall’autrici di “L’infermiere a contatto con le emozioni”. Gli infermieri vivono quotidianamente stimoli emozionali di varia intensità e con un alto grado di spiacevolezza. Nello scenario pandemico appena trascorso, ad esempio, le emozioni comunemente provate sono state ansia, paura, rabbia, tristezza ma, in alcuni casi, anche “eccitamento, gioia e un forte senso di identificazione nella professione”.

Gli articoli presenti in questo numero ci ricordano che le “Emozioni” si possono manifestare a volte in maniera effimera ma, molto più spesso rappresentano condizioni complesse e non di facile interpretazione. Tuttavia vivere ed accogliere le emozioni ci aiuta sicuramente nel processo del “Prendersi Cura” e soprattutto nel migliorare le nostre relazioni. In questo numero ci sono diversi ed interessanti contributi clinici. Vi informo che il 2023 avrà come filo conduttore le seguenti parole: Empatia, Umanità, Competenze, Evoluzione.

Invito tutti voi a collaborare con la redazione inviando articoli su questi argomenti.

La Redazione tutta ringrazia gli autori NEU 2022 per i loro contributi alla rivista e i lettori per la fiducia accordataci.



Cogliamo l’occasione per augurare Buone Feste di Fine Anno e un migliore 2023

SOMMARIO neu



1 EDITORIALE

AGGIORNAMENTI

- 4 La dignità nel fine vita: Le opinioni degli infermieri
- 18 Depressione post partum nelle mamme di neonati cardiopatici: Il ruolo dell'infermiere nello screening e presa in carico della diade mamma-bimbo
- 27 Il potenziale dei Clinical Nurse Specialist nell'assistenza alle cefalee primarie: Uno sguardo al futuro
- 34 Medicina complementare: L'utilizzo del biofeedback nel trattamento delle cefalee
- 43 Dipendenza da Internet e Nomofobia e relativo impatto su ansia e depressione in un gruppo di studenti di Infermieristica in Italia: Risultati di uno studio osservazionale
- 56 La complessità dell'assistenza domiciliare: Studio di validazione e fattibilità di implementazione dello strumento COMID in Canton Ticino - Protocollo di ricerca

APPROFONDIMENTI

- 65 Emozioni: L'infermiera che abbraccia
- 67 L'infermiere a contatto con le emozioni
- 77 Addomesticare le emozioni: Riflessioni sulla plasticità e variabilità culturale dei vissuti e delle risposte emozionali umane

RECENSIONI

- 89 Recensione a cura di Simona Facco
Il bambino migliore? Che cosa significa essere genitori responsabili al tempo del genome editing di Maurizio Balistreri
- 90 Figure storiche dimenticate - Il numero di Marea Grazie a lei 2022

MICHELA ARRI

Infermiera presso Villa Adriana ad Arignano (Torino)
michelarri98@gmail.com

LETIZIA MARIA VOLA

Tutor Corso di laurea in Infermieristica
Polo Didattico di Orbassano (TO)
letizia.vola@unito.it

LA DIGNITÀ NEL FINE VITA: LE OPINIONI DEGLI INFERMIERI

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il concetto di dignità è difficile da definire soprattutto quando si tratta del fine vita. Le cure palliative hanno come scopo la prevenzione ed il sollievo della sofferenza mirando al miglioramento della qualità di vita dei malati e delle loro famiglie. La Dignity Therapy (DT) è stata introdotto da Chochinov nel 2005, in ambito clinico, per ridurre la sofferenza e il disagio della persona in fase di malattia avanzata o morente, dimostrandosi efficace nel rinforzarne la soddisfazione, il senso di dignità e di scopo.

L'obiettivo generale di questo elaborato era indagare l'efficacia della Dignity Therapy nella letteratura scientifica e individuare i fattori che gli infermieri ritengono fondamentale per garantire una morte dignitosa.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca bibliografica sulle banche dati a partire dal quesito di ricerca e successivamente sono stati selezionati gli studi più pertinenti utilizzando criteri di inclusione ed esclusione appropriati.

Le testimonianze e le opinioni degli infermieri sono state ottenute attraverso focus group nella realtà di cura, come Cure Domiciliari territoriali e una struttura di Hospice.

Nell'Hospice è stata somministrata un'intervista semistrutturata a una psicologa clinica.

RISULTATI E DISCUSSIONE

I risultati ottenuti, a seguito della revisione della letteratura, sull'efficacia della Dignity Therapy sottolineano come questo innovativo ap-

proccio terapeutico sia utile nel ridurre i livelli di ansia, depressione e disagio e ad aumentare il senso di benessere, dignità e senso di scopo, in contemporanea con un miglioramento della qualità di vita del paziente.

Alcuni studi hanno dimostrato una efficacia limitata nel ridurre gli stati depressivi.

I risultati dei focus group agli infermieri hanno dimostrato l'importanza e la responsabilità percepita dai professionisti. I fattori ritenuti fondamentali per garantire la dignità e una morte dignitosa alle persone in fase avanzata, sono l'assenza di sintomi come il dolore, l'affetto e la vicinanza dei propri cari e il mantenimento delle abitudini del paziente.

CONCLUSIONI

La Dignity Therapy è utile nel trattamento del disagio psicologico, delle ansie e della sofferenza dei pazienti affetti da una patologia terminale.

La ricerca dovrà continuare con ulteriori studi per andare a verificare la sua efficacia nel trattamento dei sintomi psicologici, quali gli stati depressivi e quali siano i pazienti maggiormente indicati per ricevere la DT.

Dalle testimonianze degli infermieri si evince come tutti coloro che lavorano in ambito di cure palliative e di assistenza domiciliare abbiano ben chiare le caratteristiche necessarie per garantire al paziente il miglior livello di dignità nella fase terminale di malattia

PAROLE CHIAVE

Dignity Therapy, End of life, Palliative Care, Quality of life.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The concept of dignity is difficult to define especially when it comes to the end of life. Palliative care has as its purpose the prevention and relief of suffering aiming at improving the quality of life of the sick and their families.

Dignity Therapy (DT) was introduced by Chochinov in 2005, in the clinical setting, to reduce the suffering and discomfort of the person in an advanced or dying stage of illness. It has proven effective in reinforcing the dying person's satisfaction, sense of dignity and purpose.

The general objective of this paper was to investigate the efficacy of Dignity Therapy in the scientific literature and identify the factors that nurses consider essential to ensure a dignified death.

MATERIALS AND METHODS

A literature search on the databases was conducted starting from the search question and subsequently the most relevant studies were selected using appropriate inclusion and exclusion criteria.

The testimonies and opinions of nurses were obtained through focus groups in the reality of care, such as Territorial Home Care and a Hospice facility.

In the Hospice, a semi-structured interview was administered to a clinical psychologist

RESULTS AND DISCUSSION

The results obtained, following the review of the literature, on the effectiveness of Dignity Ther-

apy underline how this innovative therapeutic approach is useful in reducing the levels of anxiety, depression and discomfort and in increasing the sense of well-being, dignity and sense of purpose. , there is an improvement in the patient's quality of life.

Some studies have shown limited efficacy in reducing depressive states.

The results of the focus groups to nurses demonstrated the importance and perceived responsibility of professionals. The factors considered fundamental to guaranteeing dignity and a dignified death to people at an advanced stage are the absence of symptoms such as pain, affection and closeness of loved ones and the maintenance of the patient's habits.

CONCLUSIONS

Dignity Therapy is useful in the treatment of psychological distress, anxiety and suffering of patients suffering from a terminal disease.

The research will have to continue with further studies to verify its effectiveness in the treatment of psychological symptoms, such as depressive states and which are the most suitable patients to receive DT.

From the testimonies of the nurses it is clear that all those who work in the field of palliative care and home care have very clear the characteristics necessary to guarantee the patient the best level of dignity in the terminal phase of the disease.

KEY WORDS

Dignity Therapy, End of life, Palliative Care, Quality of life.



■ INTRODUZIONE

Il termine dignità, dal latino *dignitas*, significa valore, quindi è degno ciò che ha valore e di conseguenza merita rispetto.

Secondo Borsellino, presidente del Comitato per l'etica di fine vita, bisogna dare una nuova definizione al concetto di "dignità alla fine della vita." (Borsellino, 2007) Nel testo si propongono tre condizioni essenziali per orientarsi verso scelte meritevoli di essere compiute e adottate nell'assistenza ai malati che non possono guarire:

- ▶ preservare il paziente dall'abbandono
- ▶ impedire ogni forma di mortificazione
- ▶ riconoscere, a chi sta morendo, il diritto ad essere considerato persona sino alla fine della vita (Borsellino, 2007)

L'idea di dignità associata al fine vita deve possedere alcune condizioni necessarie, ovvero il contrasto alla mortificazione e all'abbandono unitamente alla garanzia di essere considerati persone fino alla morte. In questo modo, viene messo in risalto il concetto di autonomia, cioè il rispetto delle volontà e delle convinzioni degli individui, riferito alle decisioni di fine vita che li riguardano, sia che siano in grado di manifestarle e sia nel caso in cui abbiano perso la capacità di farlo e le abbiano, quindi, affidate ad altri o a delle direttive anticipate. Si evince la necessità di mettere in campo tutte le varie possibilità per alleviare la sofferenza psico-fisica delle persone malate e garantire un'adeguata assistenza mirata ai bisogni fisici e psicologici di ogni individuo. Nel 1623 Francesco Bacone affermava che sollevare dalla sofferenza "è un dovere primario che il medico è tenuto ad assolvere, l'ufficio del medico non è soltanto ristabilire la salute, ma anche quello di mitigare i dolori" (Scarpelli, 1992)

Un elemento costitutivo, alla base del rispetto della dignità della persona, è l'attitudine a non ingannare i malati, informandoli adeguatamente sulle loro condizioni in modo da renderli partecipi alle decisioni che li riguardano, se lo desiderano.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica indica che la premessa indispensabile perché la persona sia responsabilmente messa nelle condizioni di poter maturare liberamente la sua volontà (attuale o in modalità anticipata) è che la stessa riceva tutte le informazioni

riguardanti il suo stato di salute (*freedom information*): conoscere la verità è, infatti, un diritto inviolabile ed intangibile di ogni persona umana, confermato e rafforzato dalle norme vigenti ai diversi livelli dell'ordinamento e dai Codici di deontologia professionale.

Esso è a fondamento della libertà individuale (art. 13 Costituzione Italiana.) perché non si può essere liberi se non si conosce e del diritto alla salute (art. 32 Costituzione italiana.) ed è riconosciuto: (a) dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea che sancisce il diritto di «ogni individuo [...] di accedere ai dati raccolti che lo riguardano e di ottenerne la rettifica» (art. 8); (b) dalla Convenzione di Oviedo che tratta dei diritti della persona umana in medicina e pone al centro di essi il diritto di conoscere la verità. (Comitato nazionale per la bioetica, 2016)

Nell'ambito del fine vita le cure palliative garantiscono, secondo le indicazioni dell'OMS, un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione ed il sollievo dalla sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altri problemi di natura fisica, psicosociale e spirituale. (Istituto Superiore di Sanità 2020). In Italia la legge 38/2010 riguardante le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore" fornisce un chiarimento sulle cure palliative definite "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti, la cui malattia di base, caratterizzata da un'irreversibile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici".

Hanno quindi accesso alle cure palliative non solo i pazienti affetti da patologie oncologiche, ma tutti coloro che soffrono di malattie croniche, evolutive, degenerative con lo scopo di offrire alla persona malata la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della sua dignità, per il tempo che le rimane. La fase terminale rappresenta una condizione irreversibile caratterizzata dalla perdita di autonomia psico-fisica, che coinvolge anche il nucleo familiare e le persone significative.

ALLEGATO I

DOMANDE DI PROTOCOLLO (DIGNITY THERAPY PROTOCOL)

Mi parlerebbe un po' della sua vita, soprattutto delle parti che ricorda di più o pensa che siano più importanti? Cosa la fa sentire più vivo?
Ci sono cose particolari che vorrebbe che la sua famiglia sapesse su di lei, e ci sono cose che vorrebbe ricordare?
Quali sono i più importanti ruoli che hanno avuto importanza nella vita? (ruoli familiari, professionali, etc)? perché sono così importanti per lei? Cosa pensa di aver fatto in questi ruoli?
Quali sono le cose più importanti che ha portato a termine e di cosa si sente più orgoglioso?
Ci sono cose particolari che sente il bisogno di dire ai suoi cari o cose di cui vorrebbe prendersi altro tempo per dirle ancora una volta?
Quali sono i suoi sogni e le sue speranze per i suoi cari?
Cosa ha imparato dalla vita che vorrebbe trasmettere agli altri? Quali consigli o parole guida che desidera trasmettere a suo figlio / figlia/ marito/ moglie/genitori/altri?
Ci sono parole o istruzioni che desidera offrire alla sua famiglia per aiutarli a prepararsi per il futuro?
Nella stesura di questo documento, ci sono altre cose che vorrebbe includere?

La Dignity Therapy (DT) fu introdotta venti anni fa da Harvey Max Chochinov, e venne definita come un nuovo approccio terapeutico per i pazienti che soffrono per malattie gravi con breve aspettativa di vita e per i loro cari. (Chochinov, 2005).

Si articola attraverso diverse fasi che aiutano il paziente a raccontare della propria vita e ricordare gli aspetti più significativi, ma anche a esporre tutto ciò che vorrebbe che i suoi familiari sapessero o ricordassero.

Inizialmente, viene fornito al paziente il protocollo standard della Dignity Therapy /Dignity Protocol, (presente nell'ALLEGATO I), il documento è composto da nove domande con risposta aperta, a schema libero, per sondare gli aspetti psicologici e emotivi.

Si chiede alla persona di raccontare ciò che ricorda della propria vita, gli aspetti, le emozioni e i sentimenti che vorrebbe condividere con i suoi familiari o altre persone di riferimento, da lei/lui indicate. Si indagano i ruoli ricoperti, l'importanza che hanno avuto per la persona, cosa che nello specifico rendeva così importante rivestire quegli incarichi e funzioni svolte. Nelle domande si stimola la riflessione su aspetti legati a sogni, emozioni, speranze per sé e i propri cari che la persona vuole condividere, insieme alle indicazioni e alle istruzioni da trasmettere per il futuro alla famiglia e alle persone di riferimento.

Il documento viene consegnato in anticipo, rispetto al colloquio, in modo che il paziente abbia del tempo per leggerlo, comprenderlo ed anche iniziare a rispondere alle domande.

Successivamente, a distanza di alcuni giorni, il paziente e il professionista continuano la conversazione che, con il consenso della persona assistita, può essere registrata.

Nella letteratura consultata si indica come "terapeuta" il sanitario (infermiere, medico o psicologo) che, adeguatamente formato, si incarica del colloquio e della presa in carico della persona e delle sue necessità.

L'operatore sanitario può utilizzare il quadro di domande come una sorta di guida ma deve lasciare la più totale autonomia al paziente di esprimere le sue preoccupazioni, rimorsi e permettergli di ricordare eventi speciali, momenti di felicità oppure di dolore. Il paziente viene invitato a parlare della sua vita, ma soprattutto delle cose non dette, dei sogni, delle speranze e su che cosa vuole trasmettere agli altri come consigli, istruzioni e indicazioni per la propria famiglia. Alla fine dell'incontro, il dialogo registrato viene modellato in una narrazione andando a creare il documento sulla generatività.

Con il termine "generatività" si intende la preoccupazione di creare e dirigere una nuova generazione, essere produttivo, suscitatore di novità. (Dizionario Treccani, 2008). In psicologia, scri-

ALLEGATO II
PATIENT DIGNITY INVENTORY DIGNITÀ PERSONALE IN ONCOLOGIA

Allegato		Non è un problema	È un problema lieve	È un problema	È un problema importante	È un problema che mi opprime
Patient Dignity Inventory Dignità personale in oncologia						
Indichi in che misura ciascun punto qui sotto elencato ha costituito per Lei un problema in questi ultimi giorni.						
1.	Non essere in grado di compiere gesti legati alla quotidianità (per es., lavarmi, vestirmi).	1	2	3	4	5
2.	Non essere in grado di provvedere in modo indipendente ai miei bisogni fisiologici (per es., avere bisogno di assistenza nella cura dell'igiene personale).	1	2	3	4	5
3.	Affrontare sintomi fisicamente debilitanti (per es., il dolore, la difficoltà a respirare, la nausea).	1	2	3	4	5
4.	La sensazione che gli altri mi vedano in modo molto diverso rispetto al passato.	1	2	3	4	5
5.	Sentirmi depresso.	1	2	3	4	5
6.	Sentirmi ansioso.	1	2	3	4	5
7.	La sensazione di incertezza rispetto alla malattia e ai trattamenti.	1	2	3	4	5
8.	La preoccupazione per il mio futuro.	1	2	3	4	5
9.	Non riuscire a pensare in modo lucido.	1	2	3	4	5
10.	Non essere in grado di continuare a svolgere le mie attività quotidiane.	1	2	3	4	5
11.	La sensazione di non essere più la stessa persona.	1	2	3	4	5
12.	La sensazione di non essere stimato o degno di stima.	1	2	3	4	5
13.	Non essere più capace di adempiere a doveri importanti (per es., come marito, moglie, genitore).	1	2	3	4	5
14.	La sensazione che la mia vita non abbia più un significato o uno scopo.	1	2	3	4	5
15.	La sensazione di non riuscire più a dare un contributo significativo e/o duraturo nella mia vita.	1	2	3	4	5
16.	La sensazione di avere ancora importanti "questioni da risolvere" (per es., cose non dette, non fatte o che appaiono incomplete).	1	2	3	4	5
17.	La preoccupazione che la mia vita spirituale non abbia più significato.	1	2	3	4	5
18.	La sensazione di essere di peso agli altri.	1	2	3	4	5
19.	La sensazione di non avere più il controllo sulla mia vita.	1	2	3	4	5
20.	La sensazione che la mia malattia e la necessità di assistenza abbia ridotto la mia intimità.	1	2	3	4	5
21.	Non sentire il sostegno di amici e parenti.	1	2	3	4	5
22.	Non sentire il supporto del personale sanitario.	1	2	3	4	5
23.	La sensazione di non essere più in grado di sostenere mentalmente "la sfida con la mia malattia".	1	2	3	4	5
24.	Non essere più in grado di accettare la mia situazione.	1	2	3	4	5
25.	Non essere trattato dagli altri con rispetto o comprensione.	1	2	3	4	5

ve Erikson: *“L'uomo maturo ha bisogno che si abbia bisogno di lui e la maturità ha bisogno di essere guidata e incoraggiata da ciò che è stato prodotto e di cui bisogna prendersi cura”* (Casavecchia, 2018)

Il protocollo viene letto dal sanitario formato nella sua interezza al paziente, creando spesso emozioni forti perché per la prima volta vengono pronunciate ad alta voce le parole, i pensieri e i sentimenti inespressi dalla persona assistita.

Il dialogo con la persona ha bisogno di essere pianificato, con il rispetto della riservatezza e della privacy, dedicando tempo adeguato; a questo vanno dedicate almeno un paio di ore. Il documento, in base ai desideri della persona malata, verrà consegnato ai suoi cari come lascito come modalità di trasmissione delle proprie volontà.

Il Protocollo di Dignity Therapy può essere utilizzato da tutti professionisti come psicologi, infermieri e medici a seguito di una adeguata formazione in cure palliative e terapia della dignità. Dalla revisione di letteratura condotta è stato reperito il Patient Dignity Inventory- Dignità Personale in oncologia, un questionario costituito da 25 items, che viene somministrato ai pazienti prima del Protocollo di Dignity Therapy e va a indagare il disagio correlato alla Dignità nei pazienti durante il fine vita. (presente nell'ALLEGATO II).

Nel Questionario Patient Dignity Inventory la persona può rispondere alle domande utilizzando una scala Likert in cui:

- ▶ il punteggio 1 corrisponde a “non è un problema”
- ▶ il punteggio 2 “è un problema lieve”
- ▶ il punteggio 3 “è un problema2
- ▶ il punteggio 4 “è un problema importante”
- ▶ il punteggio 5 “è un problema che mi opprime”

Le domande indagano e quantificano la percezione della persona assistita in merito alla perdita della propria autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane di cura di sé, alle difficoltà fisiche e psicologiche correlate alla malattia, al sostegno di amici e parenti, al sentirsi in grado o meno di accettare la situazione.

Lo scopo del lavoro era di analizzare il concetto di Dignità nel fine vita, indagando l'approccio innovativo della Dignity Therapy nella letteratura

e successivamente di individuare ciò che è ritenuto importante dagli infermieri, coinvolti nello studio, per garantire un'adeguata dignità nel fine vita e le strategie possibili da adottare nei contesti assistenziali.

■ MATERIALI E METODI

Le ricerche bibliografiche sono state condotte utilizzando motori di ricerca e banche dati scientifiche, in particolare Cinhal, PsycInfo e Medline, tramite interfaccia di Pubmed, con strategie di ricerca tramite parole chiave:

Dignity Therapy, End of life, Palliative care, Quality of life, Nursing care

Criteri di esclusione:

Sono stati esclusi gli studi che non trattavano specificatamente la Dignity Therapy nei contesti di fine vita e cure palliative e gli studi che avevano campioni di pazienti con età inferiore ai 18 anni.

Criteri di inclusione:

Sono stati considerati e inclusi solo gli studi pubblicati dal 2005, anno in cui si è stata introdotta e studiata la Dignity Therapy, in ambito di ricoveri in cure palliative o persone assistite a domicilio, di età superiore ai 18 anni.

Sono stati scelti preferibilmente review, metanalisi e fonti secondarie.

Dalla ricerca iniziale sono stati reperiti diversi articoli su Pubmed, Cinahl, PsycInfo; la ricerca è stata svolta, in sessioni ripetute, dalla Biblioteca Federata di Medicina “Ferdinando Rossi” Università degli studi di Torino, sede AOU San Luigi di Orbassano (TO).





Si è proceduto alla lettura degli abstract per selezionare gli articoli maggiormente pertinenti e alla eliminazione dei duplicati, al termine si ottengono 10 articoli, tratti da PubMed.

I testi di Etica e di Bioetica e gli articoli della Rivista di Bioetica ed Etica medica, Bioetica, rivista interdisciplinare, Bioetica e Scienze giuridiche hanno potenziato le conoscenze sul concetto di morte, sul suo significato nell'attuale società e sull'etica del fine vita, in particolare hanno consentito di approfondire i concetti di dignità della persona, di autodeterminazione, di consenso informato e della pianificazione anticipata delle cure.

I quesiti di ricerca identificati sono:

- Che cos'è la Dignity therapy, in che modo può essere applicata e quali sono i vantaggi derivanti dal suo utilizzo?
- Quale ruolo assume l'infermiere nel garantire una adeguata dignità nel fine vita utilizzando la Dignity Therapy?

Le testimonianze degli infermieri sono state raccolte in due contesti, uno di assistenza domiciliare e un altro di Hospice in ambito ospedaliero. Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stato il focus group, ne sono stati programmati due per consentire di partecipare agli infermieri presenti. Nelle cure domiciliari hanno partecipato al focus group programmato per il 24 maggio 2021, su base volontaria, con consenso informato di partecipazione alla ricerca, 10 infermieri (La dotazione organica comprende 14 infermieri).

Nella realtà dell'Hospice il focus group è stato realizzato il 20 agosto 2021 e hanno partecipato 7 infermieri, con consenso informato e su base volontaria (la dotazione organica comprende 12 infermieri).

In totale hanno aderito al progetto 17 infermieri, con esperienza di almeno 4 anni in realtà assistenziali di fine vita a domicilio o presso la struttura hospice.

L'esperienza lavorativa era ampia, dai 4 ai 32 anni di lavoro.

Nel campione indagato solo 5 infermieri avevano conseguito una formazione post base, due infermieri con Master in Coordinamento delle professioni sanitarie, 2 infermieri con Master in Oncologia e Cure palliative e 1 collega con Master in Vulnologia, Wound care.

Nella struttura Hospice era presente in organico una psicologa, a cui è stata assegnata una intervista semistrutturata con domande inerenti la sua formazione specifica in cure palliative e sono state indagate le personali conoscenze e opinioni in merito alla Dignity Therapy e alla sua applicabilità nella realtà assistenziale.

Le risposte fornite alle interviste di gruppo (focus group) sono state registrate e successivamente analizzate, per far emergere le tematiche maggiormente espresse; gli infermieri partecipanti hanno firmato un modulo di consenso alla registrazione e all'utilizzo dei risultati per la stesura dell'elaborato.

Le domande sono state:

- Quali sono secondo voi, le condizioni fondamentali per morire con dignità
- Pensate che la Dignity Therapy (DT) possa essere applicata nella vostra realtà?

Il focus group consente di intervistare un gruppo di persone, almeno 6-8, in contemporanea, favorendo il confronto di opinioni e di esperienze. Con il consenso dei partecipanti si può registrare e analizzare successivamente, al fine di identificare le tematiche prevalenti e le varie sfaccettature emerse. IL focus group viene definito come una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale, basata sulla discussione coinvolgente un piccolo gruppo di persone, volta ad approfondire l'argomento oggetto di indagine, stimolata da uno o più moderatori con il metodo dell'intervista. (Corrao, 2005)

■ RISULTATI

Analisi della letteratura

Gli interventi non farmacologici ideati per ridurre la sofferenza o il disagio esistenziale caratterizzanti il fine vita sono ad oggi ancora limitati. Chochinov e colleghi nel 2005 hanno svolto una ricerca su 100 pazienti sottoposti alla DT per indagare sui benefici apportati, valutando il pre ed il post della terapia. A differenza degli interventi incentrati prettamente sui sintomi, la DT permette ai pazienti di rafforzare la fiducia in se stessi, dare un senso e un significato a quanto fanno, riconoscendone il valore educativo.

I pazienti riescono a elaborare un *significato* dalla propria malattia, sono aiutati a dare un *senso* alla propria condizione e a trasmettere ai loro cari le proprie riflessioni e insegnamenti percepiti. Dai risultati ottenuti si evince un alto tasso di soddisfazione, disponibilità, senso di dignità e significato dell'esperienza malattia (Chochinov, 2005). Si sottolinea come la maggior parte dei pazienti riteneva che la DT avesse aiutato o avrebbe potuto aiutare le loro famiglie nel percorso di accettazione della malattia; questa innovativa terapia risulta un intervento utile nel fine vita perchè favorisce la consapevolezza della persona morente e può essere di aiuto nella relazione di cura tra malati e sanitari e può facilitare il dialogo con i parenti.

I risultati ottenuti, però, si basano su brevi misurazioni che analizzano le aree di influenza terapeutica nei suoi aspetti quotidiani, in campioni di persone in fase avanzata di malattia, in cui ci si avvicina alla morte, a volte senza riuscire a migliorare in modo significativo il dolore e il disagio. Negli anni successivi Chochinov ha continuato i suoi studi e ha dimostrato che, benché la qualità di vita e il senso di benessere peggiorino con il progredire del declino fisico, la sofferenza, la depressione e il senso di dignità possono invece migliorare. Gli effetti benefici della DT sono associati a una diminuzione del desiderio di morire nei pazienti sottoposti a DT. Risulta molto importante per i pazienti in fase terminale la salvaguardia del benessere di coloro che stanno per lasciare (Chochinov , 2011).

Lo studio di Vuksanovic, un trial randomizzato e controllato, pubblicato sulla rivista J Pain Symptom Manage, confronta la DT con un altro approccio, definito *processo pratico di revisione della vita*, Il campione di 70 pazienti viene suddiviso in tre sottogruppi (Vuksanovic, 2017), il terzo gruppo di controllo, solo 56 persone hanno completato l'intero trial.



Da questo studio si possono ricavare diversi risultati. I pazienti sottoposti alla DT hanno dimostrato miglioramenti significativi nel senso di generatività ed integrità dell'ego. L'utilizzo dello studio di Vuksanovic, applicato a pazienti vicini alla fine, migliora la produttività e consente al malato di guardarsi indietro, nella sua vita, con un senso di accettazione e di ricerca di significato. La pratica della DT ha permesso di ridurre alcuni aspetti come l'apatia, la preoccupazione per i propri bisogni, il senso di colpa oppure il rimpianto per gli eventi passati. I risultati sono coerenti con i precedenti studi effettuati sulla DT, considerando la complessità di una malattia che avanza e le notevoli difficoltà nelle misure di autovalutazione su esiti psicosociali nel fine vita. La DT è in grado di ridurre l'ansia e le caratteristiche depressive nei pazienti più gravemente angosciati (Vuksanovic, 2017)

Una review sistematica pubblicata nel 2015 ha incluso 31 articoli (Johnston et al, 2015) e ha analizzato le principali categorie del modello Dignity therapy per poter classificare adeguatamente le azioni di cura come pratiche, interventi, strumenti e prospettive che possono aiutare a conservare la dignità dei malati e le possibili scelte che gli infermieri possono intraprendere nella pratica assistenziale.

I risultati ottenuti considerano le principali categorie:

- ✓ *Livello di indipendenza*, l'indipendenza può essere compromessa e la possibile strategia è rendere il paziente partecipe della sua cura dandogli l'opportunità di scegliere e di vedere i propri desideri rispettati
- ✓ *Sintomi di angoscia*, la malattia causa dolore, incertezza, depressione. Una strategia è consentire ai pazienti di esternare le loro ansie e preoccupazioni per poter rilevare i bisogni reali e quelli inespressi, aggiornandolo costantemente sulla sua condizione
- ✓ *Prospettive di conservazione della dignità*, sono strategie o approcci pratici impiegati dal paziente per migliorare o conservare la dignità; alcune attività come il giardinaggio o ascoltare la musica possono essere di aiuto per esprimere emozioni e alleviare la sofferenza. Gli operatori possono usare tecniche di distrazione focalizzate sugli interessi dei pazienti.
- ✓ *Confini della privacy*, le problematiche con-

nesse alla privacy sono frequenti negli ambienti di cura, le strategie si attivano migliorando la consapevolezza degli operatori sanitari su dignità, comunicazione e rispetto.

- ✓ *Supporto sociale*, dalla review si evince come la presenza dei familiari abbia migliorato l'assistenza fornita; gli operatori devono però fornire assistenza e supporto emotivo ai pazienti e anche ai familiari
- ✓ *Tenore di cura*, gli infermieri devono essere formati per gestire le preoccupazioni spirituali dei pazienti
- ✓ *Fardello per gli altri*, sentirsi un peso può compromettere il senso di dignità della persona, servono rivalutazioni regolari dei sintomi e del disagio provato dal malato.



- ✓ *Preoccupazioni per le conseguenze*, sono rivolte a coloro che rimarranno dopo la morte del paziente; la strategia possibile è di prepararsi al futuro con sensibilità. Il documento generativo si è rivelato uno strumento prezioso a tal fine. (Johnston et al, 2015)

Una review sistematica della letteratura (Martinez et al, 2017), pubblicata su una prestigiosa rivista di cure palliative, Palliative medicine, ha indagato l'efficacia della DT includendo 28 studi internazionali.

L'obiettivo era di valutare l'efficacia, la capacità di adattamento e la fattibilità della DT nelle diverse culture.

La maggior parte dei pazienti intervistati ha affermato di essere soddisfatta della DT e di come sia stata utile per loro e le famiglie. Ci sono state riduzioni significative della percezione di tristezza e di depressione.

I risultati: in 5 studi inclusi nella review hanno dato risultati discordanti, non vengono trattati gli effetti sull'ansia e sul benessere dei pazienti. Si sottolinea invece, che i pazienti con un elevato distress psicologico di base possono ottenere risultati migliori, rispetto a chi ha livelli più bassi. Sia i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari sottolineano come la Dt sia in grado di



aumentare il senso di dignità e di speranza e li aiuti a conoscere e a comunicare meglio con la persona assistita, conoscendo nuovi aspetti della sua vita.

Il documento generativo finale aiuta a condividere e a dare un senso a chi sta vivendo la fase del lutto; il colloquio consente di conoscere meglio la persona assistita. La review conclude suggerendo di proseguire le ricerche per identificare il gruppo di popolazione che potrebbe trarre maggiori benefici dalla DT: (Martinez et al, 2017).

Nello studio di Saracino et al, si confrontano la DT e la psicoterapia centrata sul significato (Meaning Centered Psychotherapy, MCP). Tra i risultati più interessanti si annovera l'identificazione di tre aree di alta criticità per la conservazione della dignità nel fine vita, ovvero:

- ▶ le preoccupazioni legate alla malattia, come il disagio correlato ai sintomi o il disagio funzionale
- ▶ repertorio di conservazione della dignità, come il mantenimento di pratiche o tecniche che possono essere implementate
- ▶ aspetti sociali della dignità, ove vengono inclusi gli attributi interpersonali e relazionali che possono aumentare il senso di dignità .

Questi aspetti sono alla base della DT, il cui obiettivo terapeutico è quello di migliorare il senso del significato e dello scopo, aiutando i pazienti a identificare la loro "eredità", ovvero ciò che lasceranno ai propri cari e, in qualche modo, a chiudere la loro condizione terrena (Saracino, 2019).

La professionalità degli infermieri si basa sull'attenuare la sofferenza e sull'aiutare i pazienti e le loro famiglie a dare un significato alla situazione contingente, unitamente a pace e dignità.

Per valutare i possibili effetti della DT sul benessere psicologico, dignità e qualità di vita nei pazienti oncologici nel 2019 sono state condotte una metanalisi e una revisione sistematica includendo 10 studi. Negli ambienti sanitari, la dignità è strettamente connessa alla stima e allo status del paziente, che gli consentono di vivere secondo i suoi standard personali. Alcuni studi dimostrano che la perdita di dignità è il motivo principale del desiderio di affrettare la morte nei pazienti affetti da malattie gravi e incurabili. La DT insieme alle cure palliative risulta più efficace, rispetto alle cure palliative standard, per migliorare l'ansia, il senso di disagio, depressione e qualità della vita (Xiao et al , 2019)

La review del 2021 pubblicata sulla rivista Palliative Support Care ha indagato gli effetti fisici, psicosociali e spirituali della DT in 12 studi realizzati con pazienti affetti da patologie oncologiche, seguiti da servizi di cure palliative. I risultati ottenuti suggeriscono prove importanti a sostegno della sua applicazione, sulla soddisfazione dei pazienti e sulla utilità percepita da loro in merito al significato e senso della vita,

all'aumento della dignità e alla volontà di vivere espressa dai malati. Risulta però ancora controversa l'efficacia della DT sulla depressione e ansia, ovvero sul disagio psicosociale, a causa della mancanza di indicatori specifici su questi delicati aspetti (Grijo et al, 2021).

Le opinioni degli infermieri

Definire il concetto di dignità in senso assoluto è piuttosto difficile, poiché prevale la dimensione soggettiva nell'identificare cosa può essere dignitoso e essenziale. I focus group hanno consentito di identificare che cosa significa "morire con dignità".

Gli infermieri delle cure domiciliari hanno espresso le dimensioni della dignità e gli elementi fondamentali per garantire una morte dignitosa, ovvero quali sono le azioni pianificate per aiutare il paziente a morire con serenità, benessere fisico, psicologico e dignità. I dati ottenuti sottolineano come per tutta l'equipe sia importante esaudire il desiderio di morire a casa, circondato dagli affetti più cari. L'assistenza infermieristica ha come scopo quello di garantire a casa del paziente, tutte le cure necessarie per il trattamento dei sintomi, del dolore e delle possibili complicanze durante le ultime fasi della vita. La famiglia viene inclusa, come risorsa, all'interno della pianificazione assistenziale domiciliare, ma ha bisogno di sostegno e aiuto per mantenere le abitudini di vita. Gli infermieri sottolineano come prioritario e indispensabile garantire il massimo controllo del dolore, la possibilità

di attivare delle sedazioni palliative, qualora il paziente esprimesse tale necessità. Nel modello organizzativo seguito attualmente dall'equipe si cerca di mantenere una presa in carico stabile, attribuendo con continuità al paziente e a sua famiglia a un paio di infermieri, che diventano Infermieri Referenti dell'assistenza. Questo ruolo comporta una attenzione particolare alla comunicazione e relazione di aiuto, a un dialogo attento alle necessità di informazione, in collaborazione con il medico di medicina generale. Secondo quanto emerso nel focus, questo aspetto rileva una criticità.

I tempi delle visite domiciliari, sottoposti al modello prestazionale e ai controlli di tipo quantitativo, rendono, a volte, difficile pianificare il tempo di cura e di attenzione necessari al sostegno della persona e al suo diritto di essere costantemente coinvolta nel percorso di cure, come riferito dal Codice Deontologico del 2019 negli articoli 17 e 20, qui riportati.

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.



Art. 20 – Rifiuto all’informazione

L’Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l’informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l’Infermiere si adopera a responsabilizzare l’assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Nel distretto considerato gli infermieri a domicilio si integrano con l’equipe delle cure palliative da pochi mesi, tutti i colleghi concordano nel riconoscere loro la competenza e l’attenzione dimostrata dall’equipe nella gestione dei sintomi e delle possibili complicanze della fase avanzata di malattia. Una tematica espressa dai pazienti a casa è la paura dell’abbandono, nella fase terminale a casa; gli infermieri la riportano nella discussione e si confrontano con i colleghi, esprimendo le emozioni e i timori dei pazienti e dei loro parenti. Le cure domiciliari risultano integrate positivamente con il servizio di cure palliative e le prospettive sono positive, anche grazie a incontri formativi programmati per l’autunno 2021, dedicati alle strategie di implementazione delle cure condivise con il paziente. Una criticità segnalata dagli infermieri è che i pazienti dimessi dagli ospedali hanno bisogno di reimpostare la terapia antalgica, in maniera adeguata, ai sintomi presenti realmente e non solo ai protocolli standardizzati, usati in ospedale.

.Nel reparto Hospice sono stati intervistati, tramite focus group, 7 infermieri, ai quali è stato chiesto, come per le Cure domiciliari, che cosa è importante per garantire una morte dignitosa. Anche per loro è fondamentale che il paziente trascorra i suoi ultimi giorni con serenità e senza provare dolore, in presenza costante del familiare o persona cara di riferimento. Nel periodo di pandemia e di limitazioni delle visite, sono state necessarie misure straordinarie per garantire la vicinanza fisica (controlli accurati dei visitatori e uso dei DPI). Tutta l’equipe si impegna a rendere il più possibile “amichevole” la stanza del paziente, coinvolgendo da subito i familiari disponibili. La struttura è di recente costruzione e presenta diverse stanze singole o con due letti.

La gestione dei sintomi e del dolore si avvale di evidenze aggiornate e gli infermieri ne sono consapevoli e soddisfatti. Dal focus emerge il bisogno di programmare alcune attività diversive, quali musica terapia o arte terapia, per sollevare e distrarre le persone assistite.

La psicologa presente in organico conosce la DT e il relativo protocollo, lo usa per i primi colloqui e lo ritiene uno strumento potenzialmente molto valido per far esprimere le persone, facilitare il dialogo e la comunicazione con i parenti e l’equipe curante. Per renderlo applicabile nella quotidianità delle cure occorre, a suo parere, una formazione integrata a medici e infermieri attivi nei servizi e un’evoluzione dei modelli di cura, con il paziente al centro della pianificazione degli interventi diagnostici, terapeutici e di cure palliative.

L’analisi delle risposte ricevute, da tutto il gruppo infermieristico, fa emergere i fattori ritenuti fondamentali:

- ▶ Controllo totale del dolore
- ▶ Miglioramento nella gestione dei sintomi come vomito, nausea, tosse
- ▶ Coinvolgimento del paziente, con costanza, nelle scelte che lo riguardano, dalle attività quotidiane di cura di sé, l’alimentazione, le pratiche di cura e la possibilità, nei limiti consentiti, di coltivare interessi, hobbies, frequentazioni sociali
- ▶ Morire in tranquillità a casa o in Hospice, nel luogo desiderato, con le persone care a fianco, mantenendo le proprie abitudini consolidate nella cura di sé, potendo scegliere le modalità di cure, con dignità.

■ **DISCUSSIONE**

La revisione di letteratura fa comprendere come la DT risulti di aiuto ai pazienti affetti da patologie oncologiche ad esito infausto e ai loro familiari.

Si è dimostrata utile anche per i familiari grazie alla produzione del documento generativo, creato alla fine della somministrazione del protocollo.

Il documento generativo consente al malato di essere maggiormente consapevole dei propri bisogni e di esprimerli; gli infermieri possono in-

contrare la persona su un piano condiviso delle cure e nel rispetto della sua dignità, del bisogno di essere ascoltato e rispettato.

Esso viene consegnato alla famiglia come una sorta di testamento delle volontà del loro congiunto. La DT è una terapia innovativa, in grado di migliorare la relazione di aiuto con il paziente

tenzione ai bisogni dei morenti, in coerenza con gli studi di riferimento (DI Masi, 2012).

Nella realtà considerata solo la psicologa e un paio di infermiere erano a conoscenza del protocollo della DT, appreso nel percorso di Master in cure palliative.

Gli infermieri indagati, tramite i focus group, si sono dimostrati responsabili, curiosi e consapevoli dell'importanza del contributo dei malati e delle famiglie; vi sono delle modifiche organizzative da implementare per avere più possibilità e tempo da dedicare alle cure della persona malata e ai suoi cari, per rispondere ai bisogni dei pazienti di essere sempre più informati, e poter attivare scelte di piani-



e la sua famiglia, di contribuire a rafforzare dignità, soddisfazione e senso di scopo, come riferito dal paziente e dalla sua famiglia.

Viene sottolineata la sua efficacia nel ridurre la depressione e l'ansia. Gli studi effettuati in questo ambito hanno riscontrato diverse difficoltà a determinare l'effettiva efficacia dell'applicazione della DT, a causa della presenza di bias di pubblicazione e a identificare gli indicatori specifici del disagio psicosociale in fase terminale di malattia.

Inoltre occorre ricordare che il protocollo della Dignity Therapy viene applicato a malati affetti da patologie infauste con un alto livello di disagio, fisico, psicologico e spirituale, condizioni che potrebbero negativamente influenzare i risultati. Gli autori di ogni ricerca suggeriscono l'importanza, nonostante alcune risultati incerti, di continuare a svolgere studi e ricerche sul fine esistenza, per mantenere una buona qualità di vita e garantire ai malati la dignità e il sollievo da tutte le sofferenze evitabili e per identificare la popolazione più adeguata a ricevere gli interventi di DT.

Gli infermieri hanno dimostrato sensibilità e at-

ficazione delle cure rispettose.

Della autonomia e della dignità delle persone assistite nelle varie fasi di cura e di trattamento. (Picciocchi, 2016)

■ CONCLUSIONI

Le cure palliative sono l'insieme delle cure, non solo di tipo farmacologico, che mirano a migliorare il più possibile la qualità di vita sia del malato sia della sua famiglia, nella fase avanzata e terminale della malattia.

La persona malata deve affrontare una progressiva perdita della sua autonomia e la presenza di sintomi come il dolore e i disturbi di tipo psicologico, e unitamente l'ineluttabile avvicinarsi delle fase finale e della morte (Balistreri, 2016)

L'approccio della DT, tramite colloqui e una relazione personalizzata, consente al malato di esprimere il proprio mondo interiore e, con dignità, di fare delle scelte consapevoli, decidendo cosa e a chi lasciare i propri sentimenti, pensieri, indicazioni, sogni e desideri.

Per garantire la dignità del paziente e la sua identità, nel fine vita si mantengono il più pos-

sibili le sue volontà e le sue abitudini, si favorisce la vicinanza ai propri cari al domicilio o in un ambiente reso familiare e meno stressante quali l'Hospice.

Per rendere maggiormente applicabile il protocollo della DT servono modifiche organizzative della dotazione organica e corsi di formazione dedicati alle cure palliative e alle sue fondamentali caratteristiche di comunicazione e di relazione di aiuto al malato e alla sua famiglia; pianificazione condivisa con l'assistito dall'esordio di malattia alla fase del fine vita, intrecciando i destini dei pazienti e dei suoi familiari alle migliori evidenze disponibili.

■ BIBLIOGRAFIA

- Borsellino P. Dignità alla fine della vita articolo, BIOETICA n°1 e n° 2 . 2007;1-12.
- Scarpelli U, Diritti positivi, diritti naturali :un'analisi semiotica, in Caprioli S, Treggiani F.(a cura di), Diritti umani e civiltà giuridica, Centro Studi giuridici e politici, Perugia, 1992
- Istituto Superiore di Sanità ISS 2020 disponibile all'indirizzo . [www.issalute.it](https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliative) [Internet]. Available from: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliative> (ultima consultazione Agosto 2021)
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, Sedazione profonda continua nell'imminenza della morte, 29 gennaio 2016
- Casavacchia Andrea, generatività sociale, 10 ottobre 2018, Magazine www.generatività.it (ultima consultazione 30 luglio 2022)
- Corrao Sabrina, Il focus group, Franco Angeli editore, Milano 2005
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5.
- Vuksanovic D, Green HJ, Dyck M, Morrissey SA. Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(2):162-170.e1.
- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2011;12(8):753-62.
- Johnston B, Larkin P, Connolly M, Barry C, Narayanasamy M, Östlund U, et al. Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1743-72.
- Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med* [Internet]. 2017;31(6):492-509.
- Saracino RM, Rosenfeld B, Breitbart W, Chochinov HM. Psychotherapy at the End of Life. *Am J Bioeth* [Internet]. 2019;19(12):19-28.
- Xiao J, Chow KM, Liu Y, Chan CWH. Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* [Internet]. 2019;28(9):1791-802.
- Grijó L, Tojal C, Rego F. Effects of dignity therapy on palliative patients'family members: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2021;50(
- Federazione Nazionale Ordini delle professioni infermieristiche, Codice Deontologico degli Infermieri, 2009
- Di Masi Maurizio, Relazione di cura, autodecisione e fine vita: la proposta di "Undirittogentile", *Rivista Critica del Diritto Privato*, Anno XXX-§ Dicembre 2012
- Piciocchi Cinzia, Dichiarazione anticipate di trattamento. "dare forma al vuoto" in attesa di una legge, rivista AIC, Associazione italiana Costituzionalisti, n° 2/ 2016 pubblicata il 29/05/2016
- Balistreri Maurizio, La morte nella riflessione bioetica: il diritto a morire, il criterio di morte e la speranza dell'immortalità, *Philosophical Reading*, VIII.1 (2016) pp.21-31.

MOZZONI SARA

Infermiera - CDL Infermieristica UNIVPM (sede Ancona)

PIOLI FABIA

Coordinatrice Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia ASUR Area Vasta 3 Macerata

MERCURI MAURIZIO

Direttore ADP - CDL Infermieristica UNIVPM (sede Ancona)

GATTI CHIARA

Coordinatrice Infermieristica SOD Cardiocirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita UTIP- AOU Delle Marche

MARCELLI STEFANO

Direttore ADP - CDL Infermieristica ASUR MARCHE AV5

BORGOGNONI CINZIA

Coordinatrice Dipartimento Scienze Cardiovascolari AOU Delle Marche

MARCHETTI MARA

Tutor Clinico - CDL Infermieristica UNIVPM (sede Ancona)

Corresponding Author:

CHIARA GATTI

chiaragatti91@libero.it

DEPRESSIONE POST PARTUM NELLE MAMME DI NEONATI CARDIOPATICI: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLO SCREENING E PRESA IN CARICO DELLA DIADE MAMMA-BIMBO

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La depressione post partum è da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte della comunità scientifica, poiché rappresenta, per caratteristiche cliniche e statistiche, la più rilevante complicanza psichica relativa al puerperio. Nel mondo occidentale si stima che colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono. In particolare, la maggior parte delle madri di neonati con difetti cardiaci congeniti (CHD), sono esposte a vari livelli di disagio nei primi mesi dopo il parto. Pertanto, lo studio presentato si propone l'obiettivo di valutare la presenza di sintomi depressivi nelle mamme di neonati cardiopatici durante la gravidanza e nei mesi successivi al parto.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura nel periodo compreso fra Maggio 2022 e Ottobre 2022 su due banche dati differenti: PubMed e Cochrane Library. Sono state disposte due stringhe di ricerca, si sono stabiliti i criteri di inclusione ed esclusione dello studio e sono stati ricercati gli articoli in full text sulla base

del PICO selezionato, ottenendo un diagramma di flusso.

RISULTATI

I risultati sono stati aggregati in tabelle riassuntive e sono stati individuati 4 temi principali dalla revisione: la cardiopatia congenita è un fattore di rischio per la depressione post partum (DPP), il disagio materno può provocare ritiro sociale infantile, le cure palliative pediatriche possono mitigare i sintomi depressivi e l'importanza degli interventi di screening e trattamento della DPP.

CONCLUSIONI

Sono stati evidenziati diversi livelli di sofferenza materna in gravidanze complicate da anomalia cardiaca congenita fetale. È stato altrettanto importante ritrovare un consenso univoco, per il futuro, sull'importanza degli interventi di screening e trattamento dei sintomi della depressione post partum.

PAROLE CHIAVE

Depressione post partum, cardiocirurgia neonatale, stress materno, difetti cardiaci neonatali, cardiopatia neonatale.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Post partum depression has been the subject of increasing attention by the scientific community for some years, since it represents, for clinical and statistical characteristics, the most relevant psychological complication related to the puerperium. In the Western world it is estimated that it affects about 10-15% of women who give birth. In particular, most mothers of newborns with congenital heart defects (CHD), are exposed to various levels of discomfort in the first months after childbirth. Therefore, the presented study aims to assess the presence of depressive symptoms in mothers of cardiopathic newborns during pregnancy and in the months following childbirth.

MATERIALS AND METHODS

A literature review was conducted between May 2022 and October 2022 on two different databases: Pubmed and Cochrane Library. Two research strings were arranged, the criteria for inclusion and exclusion of the study were established and the full text articles were searched

on the basis of the selected PICO, obtaining a flowchart.

RESULTS

The results have been aggregated into summary tables and 4 main themes have been identified from the review: congenital heart disease is a risk factor for postpartum depression (DPP), maternal discomfort can cause child social withdrawal, Pediatric palliative care can mitigate depressive symptoms and the importance of DPP screening and treatment.

CONCLUSIONS

Different levels of maternal suffering in pregnancies complicated by fetal congenital heart abnormality were highlighted. It was also important to find a clear consensus for the future on the importance of screening and treatment of post-partum depression symptoms.

KEY WORDS

Postpartum depression, neonatal heart surgery, maternal stress, neonatal heart defects, neonatal cardiac disease.

■ INTRODUZIONE

Credenze irrealistiche sul parto, come l'idea profondamente radicata nella nostra cultura che la gravidanza debba essere un'esperienza esclusivamente gioiosa, possono contribuire ad aumentare nella madre la convinzione che qualcosa non funzioni in lei e che il proprio disagio vada tenuto nascosto. La gravidanza e le settimane immediatamente successive al parto sono un momento estremamente delicato, che può portare a forme di disagio psicologico anche di elevata intensità, dove la donna può manifestare sintomi depressivi come tristezza, ritiro sociale e mancanza di motivazione. Nel mondo occidentale, la depressione post partum, si stima che colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono (O'Hara & Swain 1996; Milgrom et al., 2005; Buist et al., 2008; Pearlstein et al., 2009; Breese McCoy, 2011).

In una gravidanza complicata da cardiopatia fetale, che rappresenta il 40% di tutti i difetti congeniti e che provoca circa il 4% dei decessi in epoca neonatale (Società italiana di neonatologia [SIN], 2022), il bambino presenta una malformazione al livello strutturale e/o funzionale del cuore e dei grossi vasi che può essere di varia entità, andando da patologie minori, che spesso si risolvono spontaneamente, fino a quadri clinici molto complessi che possono richiedere procedure invasive di tipo chirurgico e cardiologico. L'individuazione precoce di una qualsiasi malformazione cardiaca, già durante la gravidanza, consente di intervenire nei primi giorni di vita del bambino, in seguito permettendogli di condurre una buona qualità di vita, essendo in molti casi esposto al rischio di una qualche disabilità a lungo termine o di una qualità di vita non ottimale. I neonati con quadri patologici così complessi possono portare le mamme a non guardare con

gioia l'arrivo del proprio figlio o a sentirsi in colpa se le cose vanno male. Sebbene un intervento chirurgico di successo possa correggere il difetto cardiaco, il trattamento chirurgico stesso può essere altamente stressante sia per la madre che per il bambino nell'intero periodo perioperatorio. È, dunque, di prioritaria importanza dare risposta a questa richiesta di aiuto attraverso programmi di prevenzione e interventi di promozione del benessere psicologico che consentano alla madre di sviluppare abilità di coping, aumentare l'autostima e la responsabilità genitoriale. L'obiettivo prioritario dello studio, quindi, è quello di valutare la presenza di sintomi depressivi nelle mamme di neonati cardiopatici durante la gravidanza e nei mesi successivi al parto.

■ MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Per rispondere all'obiettivo dello studio è stata condotta una revisione della letteratura nel periodo compreso tra Maggio 2022 e Ottobre 2022 selezionando i termini di ricerca tramite la metodologia PICO:

- ▶ **Population:** Mamme di neonati con cardiopatia congenita.
- ▶ **Interventions:** Interventi di screening per il riconoscimento di segni e sintomi della depressione post partum.
- ▶ **Comparison:** Mamme di neonati fisiologici.
- ▶ **Outcome:** numero di mamme sottoposte a screening diagnosticate depresse.

Sulla base del PICO sono state utilizzate due stringhe di ricerca:

- ▶ (Post partum depression) AND (neonatal heart surgery OR neonatal cardiac surgery)
- ▶ (Maternal stress) AND (neonatal heart defects OR neonatal cardiac disease)

Criteri di inclusione ed esclusione dello studio

Sono stati inclusi nella ricerca gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, dal 2012 al 2022 e gli articoli riguardanti il genere "esseri umani", in lingua inglese e italiana, disponibili in full text. Sono state incluse mamme con gravidanze sin-

gole e multiple di neonati con qualsiasi tipo di anomalia cardiaca congenita. Donne di qualsiasi età gestazionale alla diagnosi di cardiopatia fetale, di qualunque etnia ed età. Le mamme erano incluse indipendentemente dalla loro storia di disturbi psicologici o complicanze ostetriche, o se manifestavano sintomi depressivi sia post partum che ante partum in caso di diagnosi neonatale di difetti cardiaci congeniti (CHD).

Sono state escluse dalla ricerca le madri di feti affetti da altre malattie o sindromi non cardiache e tutti gli studi in cui sono state valutate le reazioni psicologiche sulla diade madre-padre.

Processo di selezione degli articoli

È stata redatta un'unica flow chart includendo gli articoli trovati da entrambe le stringhe di ricerca su due banche dati medico-scientifiche: PubMed e Cochrane Library. Sono stati inclusi nello screening un totale di 201 articoli. Dopo la rimozione di 4 duplicati, se ne ottengono 197. Una volta applicati i criteri di inclusione ed esclusione (vedi paragrafo precedente), si ottengono 9 articoli di cui 7 disponibili in full-text. Sono stati scartati 188 articoli, di cui 108 esclusi per data di pubblicazione antecedente al 2012 e per specie non corrispondente a "umani". A seguito di valutazione della qualità degli studi residui attraverso l'utilizzo delle JBI check-list (Critical Appraisal Tools by Joanna Briggs Institute) sono stati esclusi 80 articoli perché non inerenti con l'obiettivo dello studio.

Data la diversità degli articoli, è stato adottato un approccio pragmatico al problema della qualità: i punteggi di qualità sono stati convertiti in



percentuale e sono state escluse le pubblicazioni con punteggio di qualità inferiore al 50%. Dopo un'ulteriore ed accurata lettura degli articoli ne sono stati esclusi altri 2 perché non attinenti specificatamente al quesito di ricerca. Pertanto, un totale di 5 articoli è stato incluso nella revisione della letteratura. Sono stati inclusi 2 studi di coorte, 1 studio descrittivo di correlazione, 1 studio controllato randomizzato e 1 studio osservazionale.

Estrazione e sintesi dei dati

Sono stati estratti i dati necessari a descrivere le principali caratteristiche e i risultati degli studi attraverso tabelle organizzate in ordine temporale di pubblicazione e in diverse colonne comprendenti: autori, data, tipologia di studio, riferimenti bibliografici, titolo, rivista; setting; il riassunto e i risultati dello studio.

RISULTATI

Sono stati inseriti nella revisione della letteratura: due studi di coorte, uno studio descrittivo di correlazione e uno studio randomizzato controllato.

Lo studio comparativo di Solberg et al. (2012) aveva lo scopo di tracciare le traiettorie della salute mentale delle madri dalla gravidanza ai 36 mesi dopo il parto al fine di indagare l'associazione tra i difetti cardiaci congeniti dei bambini (CHD) e la compromessa salute mentale materna. Nello studio norvegese è stata utilizzata una versione a 8 voci (SCL-8) della Hopkins Symptom Checklist-25 per misurare le traiettorie di salute mentale delle madri di bambini con CHD grave dalla settimana gestazionale a 6, 18 e 36 mesi dopo il parto, producendo punteggi significati-

vamente più alti rispetto alle madri del gruppo di controllo. I risultati del presente studio hanno rivelato che la CHD grave nei neonati ha avuto effetti negativi prolungati sulla salute mentale delle madri, identificando sintomi prevalenti e accresciuti di depressione e ansia fino a 36 mesi dopo il parto.



Lo scopo dello studio di Waldrop et al. (2021) era di indagare i fattori associati allo screening positivo della depressione post partum (PPD) nelle gravidanze complicate da anomalia cardiaca congenita fetale. Si tratta di uno studio di coorte che ha preso in esame tutte le gravidanze complicate da anomalie cardiache congenite fetali che hanno ricevuto assistenza intra partum e post partum presso il Lucile Packard Children's Hospital tra ottobre 2012 e ottobre 2019. I sintomi depressivi sono stati valutati a 6 settimane post partum tramite l'Edinburgh Postnatal Scale (EPDS, vedi allegato), strumento utilizzato per lo screening della depressione. Su 415 donne riferite per anomalia cardiaca congenita fetale, 86 donne avevano criteri di inclusione completi. Ventiquattro donne (28%) avevano uno screening PPD positivo. Non sono state osservate differenze significative con donne aventi storia di depressione o tassi di complicanza ostetrica, seppure quest'ultima ha avuto un aumento dei tassi di screening PPD rispetto a quelli senza complicazioni ostetriche. Dalla ricerca emerge

che il gruppo di madri con la frequenza più alta di PPD positivo, a parte madri di bambini morti, erano quelle con bambini bisognosi di futuri interventi chirurgici.

Lo studio descrittivo di correlazione di Lisanti et al. (2017) includeva; 1) 62 madri biologiche di bambini ricoverati in diverse unità di terapia intensiva cardiaca pediatrica (PCICU) negli Stati Uniti entro 1 mese dalla nascita che avevano subito un intervento chirurgico cardiaco per CHD, 2) relativi dati demografici materni e infantili, e le risposte alla Parental Stressor Scale- Infant Hospitalization (PSS:IH) e allo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) sono stati raccolti in 3 importanti PCICU statunitensi. I punteggi delle madri hanno rivelato che l'aspetto e il comportamento del bambino erano i maggiori fattori di stress, seguiti dall'alterazione del ruolo dei genitori, quindi dalla vista e dai suoni. La combinazione di ansia di tratto e alterazione del ruolo dei genitori spiegava il 26% della varianza nell'ansia da stato materno. Le madri con altri bambini a casa avevano un'ansia di stato significativamente più alta rispetto alle madri con il solo bambino ricoverato in ospedale.

Lo studio di Re et al. (2018) ha esaminato le potenziali associazioni tra ritiro sociale infantile e disagio materno. Sono state valutate le coppie madre-neonato che coinvolgono neonati sopravvissuti a un intervento chirurgico cardiaco precoce a due mesi di età nel Royal Children's Hospital. L'astinenza sociale infantile è stata misurata utilizzando la scala Alarm Distress Baby. Il disagio materno è stato valutato utilizzando misure di autovalutazione per la depressione materna (Edinburgh Postnatal Depression Scale), l'ansia (Spielberger State-Trait Anxiety Scale) e lo stress genitoriale (Parenting Stress Index-Short Form). I risultati su 22 madri hanno rilevato alti livelli di sofferenza materna e infantile generale. Lo studio ha suggerito chiare associazioni tra disagio materno e ritiro sociale infantile.

Lo studio di Hancock et al. (2018) ipotizzava che le cure palliative precoci nei neonati con cardiopatia del ventricolo singolo potessero ridurre i sintomi depressivi delle madri.

I partecipanti sono stati randomizzati a ricevere cure palliative precoci (valutazione strutturata, supporto psicosociale/spirituale e comunicazione prima dell'intervento chirurgico) o cure standard.

Tra 56 madri idonee, 40 si sono iscritte e hanno completato i sondaggi di riferimento; 38 neonati sono stati randomizzati, 18 cure palliative precoci e 20 cure standard; e sono state completate 34 indagini postnatali. I punteggi di base del Beck Depression Inventory-II e dell'Indice di ansia dei tratti dello stato hanno superato i normali punteggi del campione in gravidanza; non ci sono state differenze significative tra i gruppi di studio. Il gruppo delle cure palliative precoci ha avuto una diminuzione dei punteggi dell'Indice di ansia dei tratti dello stato prenatale e postnatale; punteggi di riformulazione positivi del Brief Cope Inventory postnatale più alti e un cambiamento positivo nei punteggi della comunicazione e delle relazioni familiari del PedsQL Family Impact Module. In conclusione, questi dati mostrano che le madri di neonati con malattia del ventricolo singolo sperimentano una significativa depressione e ansia nel periodo prenatale. Le prime cure palliative hanno comportato una diminuzione dell'ansia materna, una migliore riformulazione materna positiva e una migliore comunicazione e relazioni familiari.

■ DISCUSSIONE

Nella revisione della letteratura sono stati inclusi 5 articoli che hanno permesso di valutare i sintomi depressivi delle mamme di neonati cardiopatici e sviluppi futuri in termini di prevenzione. Sono stati individuati 4 argomenti principali affrontati nei singoli articoli, alcuni dei quali condivisi.

CHD fetale: fattore di rischio per depressione post partum

Dalla ricerca emerge un pensiero univoco relativo al rischio di insorgenza di sintomi depressivi nelle mamme di neonati affetti da anomalie cardiache congenite. Lo studio di Solberg et al. (2012) sostiene che la cardiopatia congenita grave nei neonati ha effetti negativi prolungati sulla salute mentale delle madri, identificando sintomi di depressione e ansia, rispetto al gruppo di controllo, a 6, 18 e 36 mesi dopo il parto. In questo studio sono stati classificati i diversi difetti cardiaci congeniti nelle categorie di CHD

lieve, moderata e grave al fine di sistemare e garantire la qualità dei dati del registro cardiaco. Questa classificazione ha permesso di affermare che ogni categoria di CHD nei neonati prevede una traiettoria di salute mentale materna indipendente nel tempo, e solo quando un bambino soffre di CHD grave potrebbero esserci sintomi stabili di depressione materna a 6, 18 e 36 mesi dopo il parto. Secondo un recentissimo studio, Waldrop et al. (2021), nelle gravidanze complicate da anomalia cardiaca congenita fetale, le madri di neonati sottoposti ad un intervento chirurgico programmato o morte neonatale presentano un rischio significativo di depressione post partum. Re et al. (2018) hanno individuato livelli molto elevati di sofferenza materna nei neonati che hanno subito un intervento cardiocirurgico a causa di una grave malattia coronarica, trovando chiare associazioni tra tale disagio e il ritiro sociale infantile. I risultati dello studio di Lisanti et al. (2017) hanno dimostrato che le mamme sperimentano sintomi di stress quando i loro neonati sono ricoverati nel reparto di terapia intensiva cardiocirurgica.

In particolare, è stata rilevata una risposta allo stress maggiore nelle mamme con più di un bambino rispetto alle madri con il solo bambino ricoverato in ospedale.

Dunque, dai risultati dello studio risulta evidente come le madri con più figli potrebbero necessitare di ulteriore supporto per far fronte al ricovero in quanto gestiscono le responsabilità contrastanti del prendersi cura dei bambini a casa e del bambino in ospedale. Nello studio clinico randomizzato prospettico di Hancock et al. (2018) è stato trovato un elevato rischio di disagio psicosociale nelle mamme di neonati con malattia di ventricolo singolo.

In questo studio è stato ipotizzato che l'utilizzo di cure palliative pediatriche potrebbe diminuire i livelli di stress e ansia.

Ritiro sociale infantile

Argomento altrettanto rilevante ottenuto dalla revisione degli articoli è come il disagio materno abbia effetti negativi non solo sul rapporto madre-figlio ma anche sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. In questo studio, Re et al. (2018), ha evidenziato l'importanza della

sperimentazione di programmi di supporto madre-bambino per alleviare forme di disagio psicologico e promuovere il benessere di entrambi.



Cure palliative pediatriche

Hancock et al. (2018) hanno dimostrato attraverso uno studio controllato randomizzato che le cure palliative pediatriche possono mitigare i sintomi depressivi nelle mamme di neonati con cardiopatia a ventricolo singolo, che erano stati identificati tramite la Beck Depression Inventory Scale.

I partecipanti sono stati distribuiti casualmente in un gruppo di intervento di cure palliative pediatriche e in un altro gruppo di controllo che riceveva cure standard. Il gruppo di cura ha mostrato una significativa riduzione dell'ansia rispetto al gruppo di cure standard.

Strategie per il futuro

Dalla maggior parte degli studi inclusi nella revisione (Waldrop et al., 2021; Re et al., 2018; Lisanti et al., 2017; Solberg et al., 2012) si evince un consenso univoco, per il futuro, sull'importanza degli interventi di screening e trattamento dei sintomi della depressione post partum. Di seguito alcuni riferimenti agli articoli:

► “Occorrono servizi terapeutici per alleviare

il disagio sia delle madri che dei loro neonati affetti da CHD grave prima, durante e dopo il ricovero. Potrebbe essere necessario che tali servizi siano offerti uniformemente come parte di tutti i programmi di cardiocirurgia infantile senza stigmatizzare le madri che esprimono il loro bisogno per tali servizi.” (Re et al., 2018)

- ▶ “Si raccomandano interventi di screening e trattamento che includano entrambi i genitori in una fase precoce o vicino agli interventi correlati alla CHD, utilizzando risorse paterne e supporto.” (Solberg et al., 2012)



- ▶ “Possono essere creati interventi per aiutare le madri a far fronte alla loro ansia, come l’uso della meditazione consapevole o della terapia cognitivo comportamentale. I risultati di questo studio possono guidare la formazione continua sullo stress dei genitori e stimolare il cambiamento culturale all’interno delle PCICU per fornire ulteriore supporto psicologico alle madri.” (Lisanti et al., 2017)
- ▶ “Data questa coorte clinica identificata ad alto rischio, le nostre scoperte suggeriscono un contatto precoce con i fornitori di salute mentale può rilevarsi essenziale per le madri di neonati con CHD” (Waldrop et al., 2021)

Lo strumento per lo screening della DPP più utilizzato al livello internazionale è l’Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987), per le sue soddisfacenti caratteristiche di accuratezza e riproducibilità (Gibson et al., 2009). L’EPDS è stata tradotta in più di 30 lingue, la versione italiana è stata ideata da Benvenuti e collaboratori (Benvenuti et al., 1999). Si

tratta di un questionario auto distribuito di 10 item, con risposta su una scala a 4 punti di frequenza e punteggi che vanno da 0 a 3, che indaga sintomi comuni alla depressione post partum (umore depresso, anedonia, ansia e autolesionismo).

È volutamente breve e può essere completato anche in 5 minuti di tempo, per questo motivo è facilmente applicabile in tutti i contesti.

Infine, lo studio di Lisanti et al. (2017) è l’unico che ha affrontato la criticità della figura infermieristica nell’assistenza e nell’istruzione delle mamme per ridurre i fattori di stress, migliorare e rafforzare il ruolo genitoriale e mitigare l’ansia di stato. In questo periodo stressante per le mamme, gli infermieri oltre a sostenere e migliorare il ruolo genitoriale possono eseguire test di screening per identificare le mamme a rischio in modo da garantire precocemente supporto psicologico.

Limiti dello studio

Il principale limite dello studio è il campione relativamente limitato di mamme di neonati con cardiopatia congenita.

Dalla ricerca sono stati esclusi neonati con altre patologie o sindromi congenite o qualsiasi altra forma di comorbidità. La revisione della letteratura è stata svolta da un solo ricercatore tramite l’utilizzo di sole due banche dati medico-scientifiche: PubMed e Cochrane Library.

Non sono state incorporate reazioni emotive paterne di depressione e l’impatto che queste potevano avere sulle loro partner. In nessuno studio incluso era riportato lo stato di salute mentale paterna e se questo potesse andare ad influenzare il disagio materno.

CONCLUSIONE

La revisione della letteratura ha permesso di individuare 4 temi principali, nell’ottica di migliorare in futuro i programmi di screening per l’individuazione delle mamme a rischio di depressione post partum. È possibile affermare che le madri di neonati affetti da quadri patologici così complessi come quello di una malformazione cardiaca, possono essere soggette a problemi di livello psicologico e sociale rilevanti. In definiti-

Rapporti ISTISAN 16/31

5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo

- Sì, moltissimi
- Sì, qualche volta
- No, non molti
- No, per niente

6. Mi sentivo sommersa dalle cose

- Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose
- Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
- No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
- No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre

7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Non molto spesso
- No, per nulla

8. Mi sono sentita triste o infelice

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Non molto spesso
- No, per nulla

9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Solo di tanto in tanto
- No, mai

10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente

- Sì, molto spesso
- Qualche volta
- Quasi mai
- Mai

Rapporti ISTISAN 16/31

APPENDICE A3. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Versione Italiana di Benvenuti et al., 1999

Data di compilazione [] [] [] [] [] [] [] []

U.O. A cura del Servizio

Nome Cognome Codice [] [] [] [] [] []

Tel. Cell.

Data di nascita del bambino [] [] [] [] [] [] [] []

Lei di recente ha avuto un bambino. Ci piacerebbe sapere come si è sentita nell'ultima settimana.

La preghiamo di segnare con una X la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi. Per aiutarla, ecco un esempio:

Sono stata felice

- Sì, sempre
- Sì, per la maggior parte del tempo
- No, non molto spesso
- No, per niente

Il che in pratica significa «Durante la scorsa settimana sono stata felice per la maggior parte del tempo».

Per favore completi le altre domande nello stesso modo.

Nei sette giorni appena trascorsi:

1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose

- Come facevo sempre
- Adesso, non proprio come al solito
- Adesso, decisamente un po' meno del solito
- Per niente

2. Ho guardato con gioia alle cose future

- Come ho sempre fatto
- Un po' meno di quanto ero abituata a fare
- Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
- Quasi per nulla

3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male

- Sì, il più delle volte
- Sì, qualche volta
- Non molto spesso
- No, mai

4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo

- No, per niente
- Quasi mai
- Sì, qualche volta
- Sì, molto spesso

va, l'obiettivo principale oltre all'individuazione di mamme a rischio, è quello di riflettere sull'importanza di attivare e implementare programmi di prevenzione e trattamento precoce nella routine dei servizi, che vedano il coinvolgimento di più figure professionali al fine di poter agire sui fattori di rischio prima che la malattia si manifesti. In altre aree di indagine futura si possono includere i dati paterni di depressione per poter indagare come questi ultimi vivono la situazione complicata sia del proprio bambino che della partner.

Ipotizzare, pertanto, di estendere programmi di supporto psicologico alla coppia per poter favorire il benessere di entrambi, poiché una buona relazione di coppia costituisce una condizione indispensabile per gestire la complessità della nascita di un figlio con difetti cardiaci congeniti.

■ BIBLIOGRAFIA

- Beck, C.T. (2002). Post Partum Depression: A Metasynthesis, *Qualitative Health Research*, 12(4), pp. 453-472.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord*, 53:137-41.
- Breese McCoy, S.J. (2011). Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. *South Med J*, 104:128-32.
- Buist, A.E., Austin, M.P., Hayes, B.A., Speelman, C., Bilszta, J.L., Gemmill, A.W., Brooks, J., Ellwood, D., Milgrom, J. (2008). Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyond blue National Postnatal Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry*, 42:66-73.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150:782-6.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*, 119:350-64.
- Hancock, H.S., Pituch, K., Uzark, K., Bhat, P., Fifer, C., Silveira, M., Yu, S., Welch, S., Donohue, J., Lowery, R., & Aiyagari, R. (2018). A randomised trial of early palliative care for maternal stress in infants prenatally diagnosed with single-ventricle heart disease. *Cardiology in the young*, 28(4), 561-570. doi.org/10.1017/S1047951117002761
- Lisanti, A.J., Allen, L.R., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(2), 118-125. doi.org/10.4037/ajcc2017266
- Milgrom, J., Negri, L.M., Gemmill, A.W., McNeil, M., Martin, P.R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*, b;44:529-42.
- O'Hara, M.W., Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Review Psychiatry*, 8:37-54
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*, 200:357-64.
- Re, J. M., Dean, S., Mullaert, J., Guedeney, A., & Menahem, S. (2018). Maternal Distress and Infant Social Withdrawal (ADBB) Following Infant Cardiac Surgery for Congenital Heart Disease. *World journal for pediatric & congenital heart surgery*, 9(6), 624-637. doi.org/10.1177/2150135118788788
- Solberg, Ø., Grønning Dale, M.T., Holmstrøm, H., Eskedal, L.T., Landolt, M.A., & Vollrath, M.E. (2012). Trajectories of maternal mental health: a prospective study of mothers of infants with congenital heart defects from pregnancy to 36 months postpartum. *Journal of pediatric psychology*, 37(6), 687-696. doi.org/10.1093/jpepsy/jss044
- Van Horn M., DeMaso D.R., Gonzalez-Heydrich J., Erikson J.D. (2001). Preoccupazioni legate alla malattia delle madri di bambini con cardiopatia congenita. *Giornale dell'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:847-854. doi: 10.1097/00004583-200107000-00020
- Waldrop, A.R., Sherwin, E.B., Anderson, J.N., Boissiere, J.C., Hintz, S.R., Maskatia, S.A., Girsan, A.I., & Blumenfeld, Y.J. (2021). Postpartum depression in mothers with pregnancies complicated by fetal cardiac anomaly. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 41(7), 1605-1610. doi.org/10.1038/s41372-021-01017-6
- Società Italiana di Neonatologia (SIN). (2022). Neonati, cardiopatie congenite sono il 40% delle malformazioni. <https://www.sin-neonatologia.it/neonati-cardiopatie-congenite-sono-il-40-delle-malformazioni>

VALERIA CAPONNETTO

Membro Comitato Scientifico ANIN
Department of Biotechnological and Applied Clinical
Sciences - University of L'Aquila
e-mail: valeria.caponnetto@univaq.it

ERIKA PESCE

Consigliere ANIN
Dipartimento di area medica AULSS Euganea U.O.C.
Neurologia Piove di Sacco - Padova
e-mail: erika.pesce@aulss6.veneto.it

GIUSEPPINA PIPITONE

Presidente ANIN, U.O.C. Neurochirurgia Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Parma
g.pipitone@anin.it

IL POTENZIALE DEI CLINICAL NURSE SPECIALIST NELL'ASSISTENZA ALLE CEFALEE PRIMARIE: UNO SGUARDO AL FUTURO

ABSTRACT

Le cefalee primarie sono disturbi ricorrenti, hanno un elevato impatto sulla salute e la qualità di vita dei soggetti affetti e rappresentano un problema rilevante a livello mondiale, come riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tra le cefalee primarie, una delle più diffuse è l'emicrania, che è solitamente accompagnata da sintomi molto invalidanti. Il pattern cefalalgico può variare nel corso della vita ed è influenzato da innumerevoli fattori, riconoscendo in questi una genesi multidimensionale. Pertanto, la gestione dei pazienti affetti da cefalea richiede un approccio multidimensionale e a tal proposito è stato documentato che l'assistenza infermieristica specializzata vi può contribuire efficacemente.

Considerando l'orientamento professionale volto all'individuazione delle competenze avanzate e delle possibili aree di specializzazione della formazione infermieristica, proponiamo un possibile scenario futuro della medesima per i pazienti con cefalee primarie. In particolare, traendo ispirazione dalle realtà internazionali e dai livelli di competenza e aree assistenziali individuati dal "Finnish Action Model", sono qui

declinate le conoscenze e competenze del Clinical Nurse Specialist (CNS), che potrebbe essere inserito nei centri cefalee di terzo livello, insieme ai contenuti pertinenti della sua formazione. In seguito ad una formazione specifica, il CNS applicherebbe il modello del case management ed effettuerebbe una "presa in carico" multidimensionale del paziente con cefalea primaria. Attraverso la metodologia del processo di nursing, svolgerebbe specifiche attività di educazione al paziente riguardo manifestazioni, trattamento, prevenzione e monitoraggio della cefalea. Tale modello consentirebbe di migliorare la consapevolezza dei pazienti, i loro outcomes clinici e contribuirebbe ad affrontare le problematiche organizzative nei centri cefalee. Tali professionisti potrebbero inoltre somministrare le terapie iniettive, contribuire alla ricerca clinica già in atto e sviluppare uno specifico corpus di evidenze, che sarebbe complementare a quello medico, con il fine ultimo di migliorare le conoscenze relative ai fattori che influenzano il pattern cefalalgico e alla loro gestione.

PAROLE CHIAVE

Formazione infermieristica, Clinical Nurse Specialist, case management, cefalee, emicrania.

ABSTRACT

Primary headaches are recurrent disorders, have a high impact on health and quality of life of affected individuals, and represent a significant issue worldwide, as acknowledged by the World Health Organization. Among primary headaches, one of the most prevalent is migraine, which is usually accompanied by very disabling symptoms. Headache pattern can widely vary across lifespan, and it is influenced by several factors, recognizing in them a multidimensional genesis. Therefore, the management of headache patients requires a multidimensional approach, and, in this regard, it has been documented that specialized nursing care can effectively contribute to patient management.

Considering the professional guidance aimed at identifying advanced skills and possible specialization areas of nursing education, we propose a possible future scenario in primary headache nursing care. In particular, drawing inspiration from the international context and the levels of competence and care areas identified by the "Finnish Action Model", we decline here

suggested knowledge and skills of the Clinical Nurse Specialist (CNS), who could be inserted in third-level headache centres, along with the possible contents of their training.

Following a specific training, the CNS would apply the case management model and perform a multidimensional "take in charge" of primary headache patients. Through nursing process methodology, they would carry out specific patient education about headache manifestations, treatment, prevention, and monitoring. This model would improve patient awareness, their clinical outcomes, and contribute to face headache centres organizational issues. These professionals could also administer injection therapies, contribute to ongoing clinical research, and develop a specific corpus of evidence, that would be complementary to the medical one, with the ultimate goal of improving knowledge about the factors that influence headache patterns and their management.

KEY WORDS

Nursing education, Clinical Nurse Specialist, case management, headache, migraine.

■ CONTESTO

Le cefalee primarie sono disturbi ricorrenti e hanno un elevato impatto su salute, qualità di vita e risorse dei soggetti che li manifestano). Nel 2016, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che il 50% della popolazione mondiale avrebbe sperimentato almeno un episodio di cefalea nell'ultimo anno, con una prevalenza più alta nella fascia di età compresa tra i 18 e i 65 anni, dunque nell'età produttiva). Tra le cefalee primarie, una delle più diffuse è l'emicrania, che si manifesta solitamente con un dolore ingravescente e pulsante che diventa molto severo se non trattato. Il dolore interessa solitamente uno degli emicapi ed è associato a sintomi quali nausea o vomito, fotofobia, fonofobia e intolleranza all'attività fisica. Se non trattati adeguatamente, i sintomi possono permanere fino a 72 ore (ICH-D 3). Secondo quanto riportato da uno storico studio relativo alla popolazione italiana,

l'emicrania ha una prevalenza che si attesta intorno all'11,6% ed è 3 volte più frequente nelle donne (15,8% contro 5%) (Roncolato, 2000). Tuttavia, un'indagine di popolazione svolta mediante intervista diretta su 904 adulti abitanti a Parma, ha dimostrato una prevalenza dell'emicrania pari al 24,7%, corrispondente al 32,9% delle donne ed al 13% degli uomini (Ferrante T et altri Cephalalgia. 2012).

Numeri ancora maggiori per la nostra penisola giungono ancora da uno studio di popolazione presso 3.500 soggetti della ASL di Pavia effettuato mediante questionario postale, che ha evidenziato una percentuale di soggetti affetti pari al 42,9% (Allena M, et altri J Headache Pain. 2015). L'emicrania è dunque molto più prevalente nel sesso femminile, con apice nell'età produttiva.

Alla luce di tali caratteristiche e del documentato impatto dell'emicrania sulla vita dei soggetti affetti, essa è stata riconosciuta come prima

causa di disabilità nei soggetti fino a 50 anni). Riguardo la disabilità associata, dei circa 5 milioni stimati di persone in Italia che soffrono di una forma di cefalea, ben il 52% riferisce una grave compromissione delle attività quotidiane e il 38% riferisce una moderata compromissione (Istituto superiore di sanità). In particolare, a causa dell'emicrania, l'84% delle persone che lavorano o studiano hanno un calo dell'efficienza e del rendimento, il 76% deve rinunciare a svolgere i lavori domestici, l'80% è costretto a non partecipare ad attività famigliari ed il 60% rinuncia all'attività sessuale (Studio Cegedim 2014). Per tali motivi, il Senato della Repubblica ha approvato in via definitiva una nuova legge che riconosce alla forma cronica (oltre 15 giorni di cefalea al mese) lo status di "malattia sociale" in quanto nei casi più gravi essa comporta un importante danno economico per chi ne soffre e notevoli costi per la società (Legge 14 luglio 2020 n. 81). Il corredo di sintomi che può accompagnare l'emicrania è complesso e una non corretta gestione e monitoraggio della stessa può comportare un incremento della sua frequenza e l'instaurarsi di un quadro di abuso di farmaci sintomatici (ICHD 3), aggravando dunque l'impatto sulla qualità della vita. I fattori che possono influenzare il pattern dell'emicrania nel corso della vita e nella quotidianità sono molteplici e complessi e necessitano di un approccio multidimensionale e multidisciplinare che includa adeguate te-

rapie farmacologiche, educazione sanitaria e un accurato monitoraggio e follow-up (Rosignoli, Steiner et al., 2019). A questo proposito, vanno considerate le funzioni educative degli infermieri nei confronti dei pazienti e l'evoluzione delle competenze infermieristiche avvenuta in diversi Paesi. Pertanto, un coinvolgimento più approfondito degli infermieri nella gestione dei pazienti affetti da cefalea potrebbe essere una valida opportunità per garantire che tale gestione sia efficace e multidisciplinare.

Modelli di formazione infermieristica

La formazione infermieristica ha subito negli ultimi decenni cambiamenti radicali, sia in Europa che nel resto del mondo (Donald et al., 2013; Lahtinen et al., 2014). Sebbene l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia identificato standard globali per la formazione infermieristica di primo livello (OMS, 2020), in diversi Paesi persiste una grande eterogeneità di percorsi. Inoltre, sebbene infermieri altamente qualificati abbiano dimostrato di migliorare la qualità dell'assistenza (Donald et al., 2013), non sono disponibili indicazioni condivise sulle competenze e le conoscenze che i percorsi infermieristici post-laurea dovrebbero fornire. È consigliabile, dunque, una formazione più approfondita degli infermieri in aree specifiche, come dimostra la proliferazione di programmi di formazione infermieristi-





ca post-laurea in tutto il mondo (Donald et al., 2013; Lahtinen et al., 2014). Il “*Finnish Action Model*” di definizione delle competenze infermieristiche sembra definire correttamente i livelli di istruzione di cui abbiamo attualmente bisogno nell’organizzazione della formazione infermieristica (Ministero degli affari sociali della salute, Finlandia, 2009). Il modello mira a facilitare le competenze infermieristiche basate sull’evidenza e comprende quattro diverse tipologie di esperti, descritte di seguito:

- ***Nurses in clinical practice***: ricevono un’istruzione di base e possono essere assunti come infermieri nelle unità operative di degenza. Per quanto riguarda la ricerca, tali professionisti dovrebbero essere solo aggiornati.
- ***Specialized nurses (in particular fields)***: ricevono un’istruzione post-laurea di primo livello (es. corsi speciali) in specifiche aree sanitarie. Riguardo la ricerca, sono tenuti ad essere aggiornati e a supportare e supervisionare l’uso di pratiche basate sull’evidenza.
- ***Clinical nurse specialist (CNS) e clinical nursing science specialists (CNSS)***: conseguono rispettivamente una formazione post-laurea di secondo livello (ad esempio il “Master of Nursing Science”) e un dottorato di ricerca. I primi sono coinvolti nella gestione dei servizi sanitari e dovrebbero adottare pratiche basate sull’evidenza per guidare le attività infermieristiche. Gli infermieri PhD sono coinvolti nella gestione degli ospedali e producono le evidenze scientifiche.

Nella realtà anglosassone, i CNS vengono formati attraverso percorsi specifici delineati dal raggiungimento di competenze avanzate in diversi ambiti, ovvero clinico, di leadership, miglioramento della qualità dei servizi, miglioramento di sé stessi e degli altri professionisti. Le competenze acquisite delineano un professionista autonomo, con competenze ampie, che vanno dall’educazione al paziente fino alla prescrizione di trattamenti e alla partecipazione nell’implementazione delle strategie di gestione dei servizi (CIT). In Italia, le competenze avanzate nell’assistenza alle cefalee vengono acquisite sul campo e non sono formalmente riconosciute. Inoltre, in molte realtà, il ruolo dell’infermiere è ancora limitato e consiste nella gestione dell’agenda ambulatoriale e nel supporto passivo al medico.

Possibili scenari futuri nell'assistenza all'emicrania

È riconosciuto che la gestione dei pazienti affetti da cefalea richiede un approccio multidisciplinare, nonostante l'assenza di un chiaro consenso sulla combinazione più efficace di professionisti. Inoltre, è stato documentato che l'assistenza infermieristica specializzata fornisce un contributo efficace alla gestione dei pazienti con cefalea (Gaul et al., 2011).

Un CNS inserito nei centri cefalee italiani di terzo livello potrebbe fungere da *case manager* dei pazienti, nonché da coordinatore di un gruppo multidisciplinare attraverso l'applicazione del processo di *nursing* e la gestione dei problemi collaborativi, per soddisfare efficacemente i bisogni dei pazienti. Gli infermieri avrebbero un approccio multidimensionale e gestirebbero il percorso di cura specifico e personalizzato per ciascun paziente attraverso la presa in carico. Tale percorso prevederebbe lo sviluppo di un piano assistenziale, che dovrebbe prendere in considerazione i principali bisogni del paziente con cefalea. Per sviluppare il piano assistenziale, verrebbe fatta una valutazione infermieristica attraverso i modelli di salute funzionale di Gordon, allo scopo di eseguire una valutazione sistematica in 11 aree diverse (Gordon, 2014) e identificare la diagnosi infermieristica, gli esiti sensibili agli interventi infermieristici e gli interventi infermieristici stessi. Il processo sarebbe supportato da tassonomie infermieristiche come North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC). Per affrontare i "problemi collaborativi", gli infermieri potrebbero contattare altri professionisti sanitari per la gestione di problematiche specifiche (ad esempio le comorbidità).

Tra gli interventi principali che il CNS potrebbe svolgere vi sono l'educazione sanitaria riguardo possibili manifestazioni, trattamento, prevenzione e monitoraggio dell'emicrania, rendendo così il paziente consapevole della ragione di ciascuna attività, al fine di coinvolgerlo in modo attivo nel percorso di cura. L'obiettivo principale di questa attività dovrebbe essere dunque quello di fornire ai pazienti sufficienti conoscenze, fidu-

cia in sé stessi e capacità di cura di sé per gestire adeguatamente la loro salute, l'emicrania e il trattamento proposto. Gli interventi di supporto e la completezza delle informazioni fornite da un infermiere esperto offrirebbero al paziente gli elementi indispensabili per una migliore aderenza preventiva e terapeutica. Nasce da qui la necessità che l'infermiere esperto presenzi alla prima valutazione e possa seguire l'intero percorso, evitando anche inutili prolungamenti delle liste d'attesa.

I contenuti specifici che tale attività educativa potrebbe prevedere sono delineati di seguito:

1. I pazienti sono spesso spaventati dai sintomi correlati all'emicrania, spesso credono che tali sintomi possano essere dovuti a una grave malattia neurologica e chiedono di sottoporsi a test di imaging diagnostico. I CNS potrebbero educare i pazienti a riconoscere adeguatamente i sintomi e i prodromi dell'emicrania, oltre a spiegare l'effettiva utilità dell'imaging diagnostico nelle cefalee primarie, portando a un miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria sul loro disturbo e sfatando i falsi miti.

2. I CNS potrebbero educare i pazienti ad una corretta gestione domiciliare della terapia e delle abitudini di vita in grado di influenzare il pattern cefalalgico. Nello specifico, i CNS potrebbero trasmettere l'importanza dell'adesione ai trattamenti preventivi e informare i pazienti dei possibili effetti collaterali, rafforzando l'effetto placebo e riducendo l'effetto nocebo dei farmaci. Inoltre, i CNS potrebbero educare i pazienti al corretto utilizzo dei farmaci sintomatici prescritti, contribuendo anche alla gestione dei casi di abuso di analgesici. Inoltre, i CNS potrebbero illustrare le strategie di adeguamento dello stile di vita che solitamente contribuiscono in modo efficace alla gestione dell'emicrania, come per esempio evitare il digiuno a lungo termine, mantenere un ritmo regolare sonno-veglia e svolgere attività fisica. Inoltre, i CNS potrebbero educare i pazienti a identificare ed evitare i fattori scatenanti il dolore, a gestire le funzioni compromesse e la qualità della vita.

3. L'attività educativa dei CNS potrebbe riguardare anche le caratteristiche e l'utilizzo di dispositivi di recente sviluppo per la gestione dell'emicrania, quali gli stimolatori del nervo vagale e gli elettrostimolatori transcu-



tanei, nonché le tecniche di autosomministrazione degli anticorpi monoclonali che agiscono sul CGRP (*Calcitonin Gene Related Peptide*).

4. L'educazione alla compilazione e la valutazione periodica del diario della cefalea è fortemente correlata con un'altra attività chiave dei CNS, ovvero il monitoraggio e il follow-up dei pazienti. Infatti, durante gli appuntamenti di follow-up, dovrebbero essere valutati i risultati degli adeguamenti dello stile di vita suggeriti, l'andamento del pattern cefalalgico e le strategie di gestione in acuto del paziente. I CNS potrebbero rivalutare le condizioni di salute dei pazienti - così come la loro qualità di vita e disabilità - attraverso strumenti validati, per essere consapevoli di qualsiasi sviluppo riguardante la loro salute ed eventualmente suggerire l'intervento di altri professionisti.

5. Gli infermieri potrebbero anche mantenere una linea di comunicazione diretta con i pazienti attraverso il supporto di tecnologie elettroniche, al fine di evitare il sovraffollamento ambulatoriale e garantire il riconoscimento e la gestione precoci degli esiti clinici, delle complicanze e degli eventi avversi.

Un altro contributo fondamentale che il CNS potrebbe fornire è relativo alla somministrazione delle terapie ambulatoriali, tra cui le terapie di disintossicazione e l'*eptinezumab* (un anticorpo monoclonale che agisce sul CGRP e somministrato con infusione endovenosa). Inoltre, i CNS potrebbero essere formati per effettuare il blocco nel nervo grande occipitale attraverso somministrazioni sottocutanee di aneste-

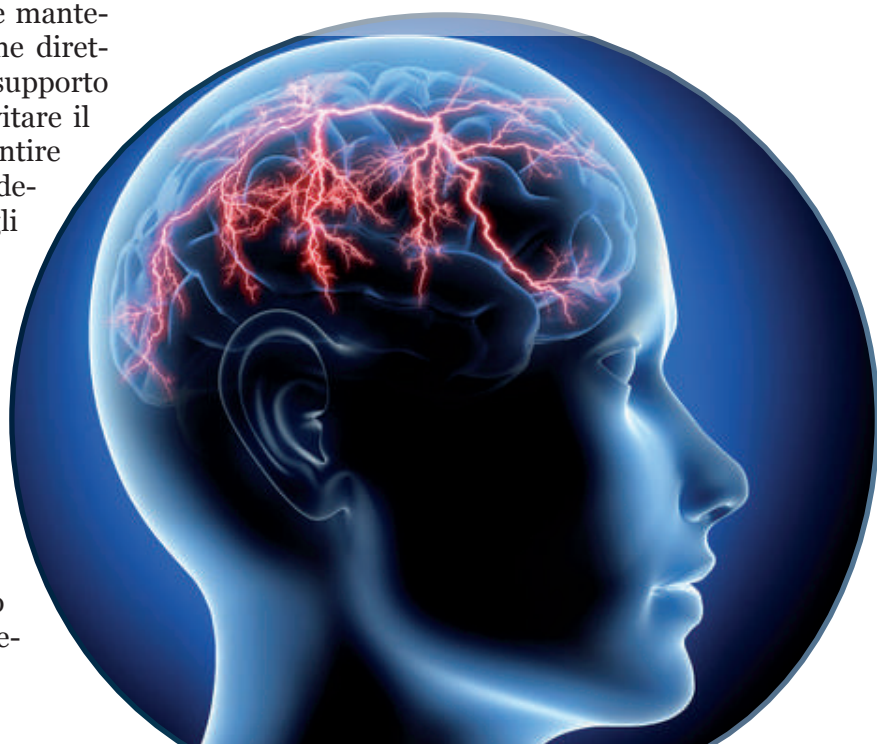
tico locale e/o steroidi e per somministrare la tossina botulinica di tipo A per via intramuscolare, che trova indicazione nell'emicrania cronica.

Implicazioni organizzative del modello

Oltre a migliorare la salute dei pazienti, tutte le attività proposte dei CNS sarebbero utili anche ai fini organizzativi all'interno dei centri cefalee. L'infermiere potrebbe contribuire ad aumentare il numero dei pazienti valutati riducendo la durata della visita specialistica e gestendo i follow-up, con il risultato finale di un accorciamento delle liste d'attesa. Attualmente, infatti, la maggior parte delle attività che il CNS potrebbe svolgere sono svolte dai medici.

Ricerca e sviluppo

In ambito ambulatoriale i CNS potrebbero contribuire alla progettazione, realizzazione e gestione di progetti di ricerca clinica, inoltre, i CNS avrebbero la possibilità di dedicarsi ad un'attività di ricerca complementare rispetto a quella relativa ai trattamenti medici e principalmente focalizzata sull'individuazione dell'assetto organizzativo ottimale del gruppo multidisciplinare dedicato all'assistenza delle cefalee primarie e sui fattori modificabili, attraverso gli interventi infermieristici, che possono avere un'influenza sul pattern cefalalgico, quali lo stile di vita e le





strategie di autogestione del paziente. Inoltre, la ricerca infermieristica in tale campo permetterebbe di costruire nuovi strumenti validati e finalizzati alla valutazione di aspetti complessi e specifici del paziente cefalalgico quali il *self-care*. Ciò consentirebbe anche di realizzare progetti di ricerca multidisciplinari, i cui risultati potrebbero essere discussi con l'intera comunità scientifica.

Bisogni educativi degli infermieri specializzati

In Italia, come detto, la formazione di tali professionisti avviene oggi sul campo. Miglioramenti nella formazione attuale possono essere ottenuti implementando percorsi formativi strutturati. I contenuti di tali percorsi dovrebbero riguardare la cura, l'organizzazione e la ricerca nell'ambito delle cefalee primarie. La formazione degli infermieri dovrebbe in primo luogo includere i contenuti della Classificazione internazionale delle cefalee, nonché patogenesi e trattamenti disponibili di tali disturbi. Successivamente, la formazione degli infermieri dovrebbe concentrarsi sull'applicazione del processo di *nursing* ai pazienti con cefalea, esplorando a fondo i loro principali bisogni as-

sistenziali, come l'educazione e il monitoraggio. La formazione dovrebbe anche fornire informazioni sugli strumenti utilizzati per valutare e seguire i pazienti con cefalea, inclusi diari e scale per valutare la disabilità e la qualità della vita. Inoltre, agli infermieri specializzati dovrebbero essere fornite competenze pratiche per la somministrazione delle terapie iniettive, e competenze di ricerca per sviluppare nuovi strumenti e metodi per valutare e migliorare l'assistenza infermieristica.

CONCLUSIONI

L'istruzione infermieristica specialistica e l'introduzione della figura del CNS nei centri cefalee di terzo livello permetterebbe un potenziamento della quantità e qualità della risposta assistenziale nell'ambito delle cefalee primarie, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare.

Un piano assistenziale gestito da infermieri specializzati potrebbe contribuire ad affrontare i problemi di salute dei pazienti con cefalea in modo efficace, multidimensionale e personalizzato.

La qualità dell'assistenza e della gestione dovrebbero migliorare attraverso l'applicazione di questo modello. Ciò sarà accompagnato da una riduzione dell'onere clinico degli specialisti e da un miglioramento organizzativo nei centri cefalee. Un ulteriore progresso deriverebbe dalla possibilità di somministrazione delle terapie iniettive e dallo sviluppo di nuovi strumenti, che potrebbero essere utilizzati per valutare facilmente e rapidamente i bisogni e gli esiti dei pazienti, come la qualità della vita e la disabilità.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ferrante T, Castellini P, Abrignani G, et al. The PACE study: past-year prevalence of migraine in Parma's adult general population. *Cephalalgia*. 2012
- 2 Allena M, Steiner TJ, Sances G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain*. 2015;16:100.

GIORGIO BERGESIO

RN, Docente
Laurea in Infermieristica
Università di Torino - Asti
giorgio.bergesio@unito.it

STRADELLA STEFANO

RN Infermiere di Sala Operatoria
Ospedale "Cardinal Massaia" - Asti
stefano.strade@gmail.com

RINALDI BARTOLOMEO

RN, Docente - Laurea in Infermieristica
Università di Torino - Asti
bartolomeo.rinaldi@unito.it

VALLANA VITTORIA

RN, Infermiere di Pronto Soccorso
Università di Torino - Asti
vallanavittoria@gmail.com

MEDICINA COMPLEMENTARE: L'UTILIZZO DEL BIOFEEDBACK NEL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La cefalea primaria è un disturbo cronico, che accompagna il soggetto anche per tutta la vita con impatto peggiorativo sulla qualità dell'esistenza. Diventa responsabile di gradi variabili di disabilità lavorative e familiari. La CTTH secondo l'IHS è definita come cefalea presente in media 15 o più giorni al mese per più di 3 mesi. L'applicazione della medicina comportamentale al trattamento richiede interventi non farmacologici, come il Biofeedback. Obiettivo dello studio è verificare l'efficacia di un training di BF in un campione di pazienti affetti da CTTH.

MATERIALE E METODI

Da gennaio a giugno 2022, è stata valutata l'efficacia di un training di BF in un campione di persone affette da CTTH (N=7).

È stato sottoposto a 14 sedute di training, una volta a settimana. Per le valutazioni pre e post trattamento, sono stati utilizzati: valutazione clinico-anamnestica per la raccolta di informazioni, come la durata in anni della sintomatologia, il numero mensile di attacchi, la terapia profilattica e in attacco, questionario MIDAS per la valutazione della disabilità. Per l'analisi statistica, sono state adottate: distribuzioni di frequenza, percentuali e tabelle univariate.

RISULTATI

Confrontando i dati raccolti precedentemente il trattamento con quelli raccolti dopo la sua fine, è emersa una diminuzione delle variabili prese in

considerazione nello studio. Si è osservata una diminuzione del 31% nel numero di attacchi, compresse assunte e giorni di indisposizione.

DISCUSSIONE

Il programma trimestrale di BF ha portato un miglioramento relativamente agli attacchi cefalgici, farmaci assunti e giorni di assenza dal lavoro. La frequenza della cefalea è la prima variabile diminuita significativamente con riduzione del numero di farmaci assunti e di giorni di indisposizione. Assumere meno farmaci significa minor rischio di effetti collaterali e di sviluppare cefalea da rimbalzo (MOH). I pazienti frequentemente sperimentano un deterioramento dell'autonomia a casa, al lavoro o a scuola, con impatto sociale ed economico negativo.

CONCLUSIONE

Il training di BF è risultato efficace per i pazienti affetti da CTTH e i risultati dello studio sono conformi a quelli espressi in letteratura. Il trattamento è ben tollerato e la maggioranza dei pazienti si dichiara soddisfatta. Sarebbe necessario effettuare follow-up per verificare la durata dei benefici ottenuti. La terapia farmacologica, dati i miglioramenti verificatisi, è stata ridotta nella maggioranza dei pazienti, così da evitare di incorrere in effetti collaterali e cefalea da rebound (MOH).

PAROLE CHIAVE

Cefalee primarie, CTTH, medicina comportamentale, biofeedback, abuso farmacologico, disabilità.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Primary headache is a chronic disorder, which follows the subject even for the entire life, with a detrimental impact on the life's quality. It becomes responsible for variables grade of disability in work o family area.

According to IHS criteria, CTTH is defined as headache occurring on 15 days or more per month for more than 3 months. Behavioural medicine application requires the employment of non-pharmacologic treatment, including Biofeedback.

The study object is to verify the efficacy of BF training in a sample of patients affected by CTTH.

MATERIALS AND METHODS

From January to June 2022, the effectiveness of a BF training was evaluated in a sample of people diagnosed with CTTH (n=7). Subjects underwent 14 sessions of training once a week. The following tools used for pre and post evaluation were: clinic anamnestic evaluation for the collection of information, including the duration of symptomatology in years, the monthly headache attack number and the prophylaxis or attack therapy, MIDAS questionnaire for the evaluation of disability.

Statistical data analysis techniques used were: frequency distribution, percentages an univariate tables.

RESULTS

Comparing data collected before the treatment

with those collected after the treatment, a decrease of the variables has emerged. The attack numbers, tablets swallowed and unavailability days decrease of 31%.

DISCUSSION

The three month BF training program caused an improvement of headache attacks, drugs swallowed and workday lost.

Headache frequency is the first variable to show a significant decrease that involves a reduction in drugs swallowed and unavailability days.

Taking less medication means a lower risk to incur in side effects and rebound headache (MOH). Patients frequently experience a deterioration of autonomy levels in the activity held at home, at work or at school, with a negative impact in social and economical terms.

CONCLUSION

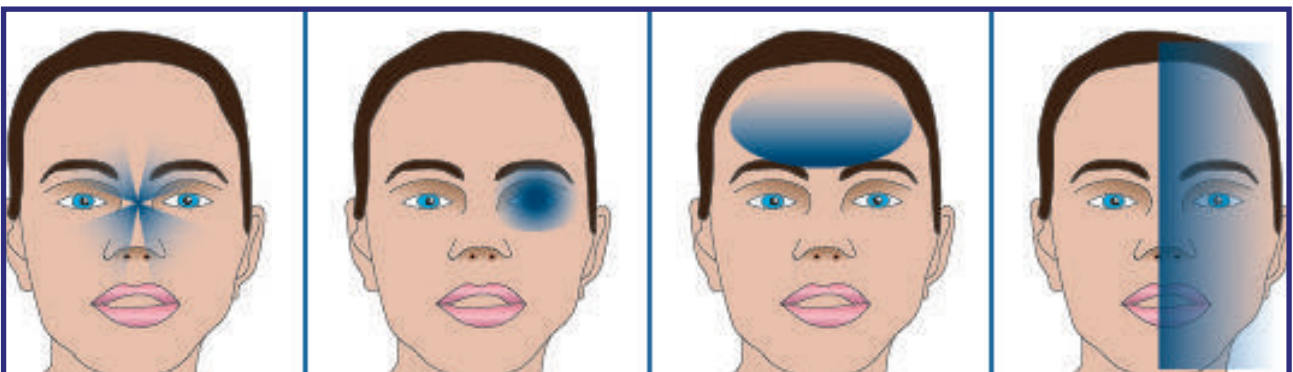
BF training resulted efficacy for the people affected by CTTH and the study's results are conformed with those expressed in literature.

The treatment is good tolerated and most of the people declare themselves satisfied. It would be necessary to conduct a follow-up to verify the benefits' durability.

Pharmacologic therapy, due to improvements occurred, has been reduced in most of the patients, in order to avoid collateral effects and rebound headache (MOH).

KEY WORDS

Primary headache, CTTH, behavioural medicine, biofeedback, drugs abuse, disability.



■ INTRODUZIONE

La cefalea è un sintomo molto diffuso, che colpisce almeno una volta nella vita il 90% della popolazione generale. Diventa però un disturbo invalidante, quando si presenta frequentemente. In Italia circa 6 milioni di persone, la maggior parte donne, soffrono di forme di cefalea definita primaria o essenziale, a cui si distinguono le forme secondarie dove la cefalgia è sintomo di una patologia sot-



tostante, organica. La cefalea primaria è un disturbo cronico che accompagna il soggetto per lunghi periodi, addirittura per tutto l'arco dell'esistenza, con conseguente impatto peggiorativo sulla qualità della vita dell'individuo. Diventa responsabile di gradi variabili di disabilità nel campo lavorativo, familiare, sociale, relazionale. Tra le forme primarie il tipo più frequente è l'emicrania, in tutte le sue espressioni, seguito dalla cefalea tensiva.

La cefalea tensiva cronica [CTTH] secondo i criteri dell'*International Headache Society* [IHS] (3° edizione versione Beta) è definita come ce-

falea presente in media 15 o più giorni al mese per più di 3 mesi (maggiore a 180 giorni l'anno). La durata degli attacchi varia da ore a giorni e in alcuni casi può essere continua. Soddisfa almeno due caratteristiche tra le seguenti: localizzazione bilaterale, qualità gravativa o costrittiva (non pulsante), intensità lieve o media, non aggravata dall'attività fisica di routine come camminare o salire le scale. Si devono inoltre verificare entrambe le seguenti con-

dizioni: fotofobia, fonofobia o lieve nausea (non più di uno) ed assenza di nausea moderata o forte e di vomito. La CTTH è spesso associata ad altre patologie che a loro volta possono peggiorarla, è frequente la comorbidità con i disturbi della sfera psichica, particolarmente ansia e depressione in tutte le loro forme. La cura delle cefalee primarie richiede un approccio terapeutico globale, tenendo conto di molteplici aspetti che spaziano dalle caratteristiche dell'attacco, all'età, allo stile di vita del paziente, alla presenza di comorbidità, all'impatto che la patologia ha sulla sua vita. La terapia della cefalea tensiva cronica prevede il trattamento

degli attacchi (terapia sintomatica) ed il trattamento della cronicizzazione (terapia di profilassi) allo scopo di ridurre la frequenza, l'intensità e la durata degli attacchi di mal di testa e di eliminare l'eventuale uso eccessivo di farmaci sintomatici. La terapia di profilassi farmacologica comprende varie categorie: antidepressivi triciclici, SSRI, SNRI ed altri antidepressivi, antiinfiammatori, miorilassanti, benzodiazepine, nutraceutici (Bendtsen, 2010). Nel trattamento della cefalea tensiva cronica però, spesso, sono molto più efficaci, sia se usati da soli o in associazione alla terapia farmacologica, i trattamenti non farmacologici, compresi i trattamenti comportamentali.¹ (Buse et al., 2009) (Pérez- Muñoz et al., 2019) (Bendtsen, 2010). L'applicazione della medicina comportamentale al trattamento delle cefalee richiede di fare affidamento a trattamenti non farmacologici che possono essere suddivisi in: comportamentali (terapia cognitivo comportamentale [CBT], *Biofeedback* [BF]) terapie fisiche e strategie educazionali, compresa la modificazione degli

¹ La medicina comportamentale nasce dallo sviluppo e dall'integrazione delle scienze comportamentali, psicosociali e biomediche applicando le conoscenze apprese alla prevenzione, diagnosi e trattamento di una patologia. Si basa sul modello biopsicosociale, secondo cui fattori biologici, psicologici e sociali giocano un ruolo fondamentale nel funzionamento dell'organismo. Tale approccio trova ampio margine di evidenza nel trattamento di pazienti affetti da cefalea, dove le complesse interazioni che avvengono tra fattori biologici, ambientali, comportamentali, cognitivi ed emotivi sono connesse allo sviluppo, alla progressione e alla remissione dei sintomi.



stili di vita. Questi strumenti possono essere utilizzati individualmente o in combinazione con trattamenti farmacologici al fine di aumentarne l'efficacia o minimizzarne l'uso (Buse et al., 2009) (Pérez-Muñoz et al., 2019) (Andrasik, 2010) (Sierpina et al., 2007). La combinazione di entrambi gli approcci dimostra come migliori la presenza di risultati positivi e l'aderenza al trattamento, rispetto ai singoli approcci individuali. Nella gestione delle cefalee questi strumenti comportamentali devono essere utilizzati come profilassi e praticati con regolare frequenza per il mantenimento dell'omeostasi e la gestione dello stress, così da rallentarne le manifestazioni (Buse et al., 2009) (Pérez-Muñoz et al., 2019). Il *Biofeedback* nasce dall'applicazione del concetto di retroazione ai sistemi biologici, partendo dall'assunto che un sistema è in grado di modificare il proprio comportamento sulla base di effetti ottenuti precedentemente per ottenere un risultato. Tale metodologia prevede l'uso di una strumentazione in

grado di misurare accuratamente diversi segnali psicofisiologici che vengono trasformati e resi visibili al paziente su un monitor.

Il paziente riceve così in tempo reale informazioni precise sui cambiamenti che avvengono nella propria fisiologia e impara ad assumere strategie per modificarla. Questo processo permette, in prima battuta, di apprendere informazioni circa il proprio funzionamento fisiologico e successivamente di apprendere a modificarlo. I segnali fisiologici rilevati durante il training sono la conduttanza elettrica cutanea, la temperatura periferica, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria.

Prima di iniziare il *training*, è necessario effettuare l'*assessment* per indagare il funzionamento fisiologico della persona a riposo e poi sotto stress. La situazione stressante viene ricreata con esercizi di calcolo matematico, facendo concentrare il paziente su episodi che hanno causato disagio o sofferenza. L'*assessment* permette all'operatore di conoscere il

profilo psicologico dell'individuo, così da decidere la misurazione di quali segnali è più consona il rilevamento durante lo svolgimento del training. Si svolge poi, una seduta di ambientamento in cui viene spiegato alla persona il significato dei segnali che compaiono sullo schermo, vengono impostati i *feedback* e la rappresentazione grafica più adeguata alle esigenze del soggetto ed infine lo si fa

familiarizzare con la strumentazione. Completata la fase iniziale, è possibile iniziare il *training* vero e proprio, attraverso il quale il paziente apprenderà a regolare, con la guida dell'operatore, i *feedback* rilevati. L'autoregolazione è raggiunta inizialmente attraverso il controllo del segnale sul monitor e in un secondo momento potrà essere applicata al contesto quotidiano (Rolandi et al., 2011). Il numero medio delle sedute dopo le quali è possibile ottenere benefici è di 11 incontri, che possono avere cadenza settimanale o bisettimanale (Pérez-Muñoz et al., 2019) (Rolandi et al., 2011).

La letteratura individua categorie di pazienti in cui l'utilizzo del BF è più indicato: soggetti che prediligono i trattamenti non-farmacologici, che presentano intolleranza o particolari rischi all'utilizzo di farmaci, persone con una insufficiente risposta al trattamento farmacologico, donne in gravidanza o che la programmano, in allattamento, individui con lunga storia di abuso di farmaci, che manifestano elevati livelli

di stress o che presentano una bassa capacità a mettere in atto strategie contro lo stress (Andrasik, 2010) (Andrasik, 2007). Una diffusa letteratura scientifica dimostra che un *training* di *Biofeedback* può ridurre i sintomi della cefalea (Buse et al., 2009) (Pèrez- Muñoz et al., 2019) (Andrasik, 2010) (Nestoriuc et al., 2008). Obiettivo dello studio è quello di analizzare l'efficacia del *training* di BF in un campione di pazienti affetti da CTTH.

MATERIALI E METODI

Nel periodo da gennaio a giugno 2022, è stato condotto uno studio osservazionale che ha preso in esame un campione di persone con diagnosi di CTTH sottoposti a training di *Biofeedback*. Sono stati inclusi nello studio pazienti con le seguenti diagnosi di CTTH, secondo i criteri IHS 3° edizione versione Beta ed età compresa tra i 25 e i 60 anni. Sono stati esclusi dallo studio pazienti con contemporanea presenza di disturbi psicotici in atto, ritardo mentale e presenza di altre patologie medico-internistiche. Nell'arco di tempo specificato, sono giunti presso il centro 33 pazienti, 7 di essi sono stati reclutati per lo studio in quanto rispondenti ai criteri stabiliti nel protocollo di ricerca (Tabella I). Ciascun paziente è stato sottoposto, nel corso del primo appuntamento a valutazione clinico anamnestica, consistente nella raccolta, attraverso il colloquio, di informazioni circa la durata in anni della sintomatologia, il

numero mensile di attacchi e la terapia in profilassi e in attacco. Per la valutazione del grado di disabilità è stato utilizzato il questionario di auto-valutazione: *Migraine Disability Assessment Score Questionnaire [MIDAS]*² (D'Amico et al., 2001). Lo strumento si compone di 5 domande, le cui risposte riflettono, nell'arco di tre mesi, i giorni in cui le attività del paziente sono state impedite o nettamente limitate a causa della cefalea. Il numero dei giorni viene poi convertito in 4 gradi di disabilità. Grado I: da 0 a 5 giorni disabilità minima o trascurabile, grado II: da 6 a 10 giorni disabilità lieve, grado III: da 11 a 20 giorni disabilità media, grado IV: da 21 a più giorni disabilità grave.

Il processo di *biofeedbacking* è stato suddiviso in 14 incontri una volta la settimana, consistente in 4 sedute di *assessment* e 10 sedute di *training*. Al termine del percorso di trattamento, i pazienti sono stati nuovamente sottoposti a intervista per la valutazione clinico-anamnestica. È stato rivalutato il grado di disabilità attraverso il questionario MIDAS e misurata la soddisfazione al trattamento mediante questionario di gradibilità.

Le risposte fornite dai pazienti nel corso dell'intervista e ricavate dalla compilazione dei questionari sono state inserite nel programma computerizzato di elaborazione dei dati Excel Stat ®. Per l'analisi statistica dei dati sono state adottate tec-

² Versione italiana sviluppata nel contesto del programma di ricerca finalizzata Ministero della Sanità, convenzione n. ICS 030.3/RF98.38 – Centro Cefalee Istituto Neurologico C. Besta, Milano.

niche di statistica descrittiva: distribuzioni di frequenza, percentuali e tabelle univariate.

A tutti i pazienti è stato richiesto il consenso scritto all'inclusione nello studio e al trattamento dei dati personali.

Tabella I. Caratteristiche del campione oggetto di studio (n=7).

Sesso	%
Maschi	29
Femmine	71
Età	µe
	33
Età di insorgenza	µe
	17
Durata patologia	µe
	22
Numero di attacchi	⊗
	23
Terapia di profilassi	%
Si	14
No	86
Terapia in acuzie	%
1	71
> 1	29

RISULTATI

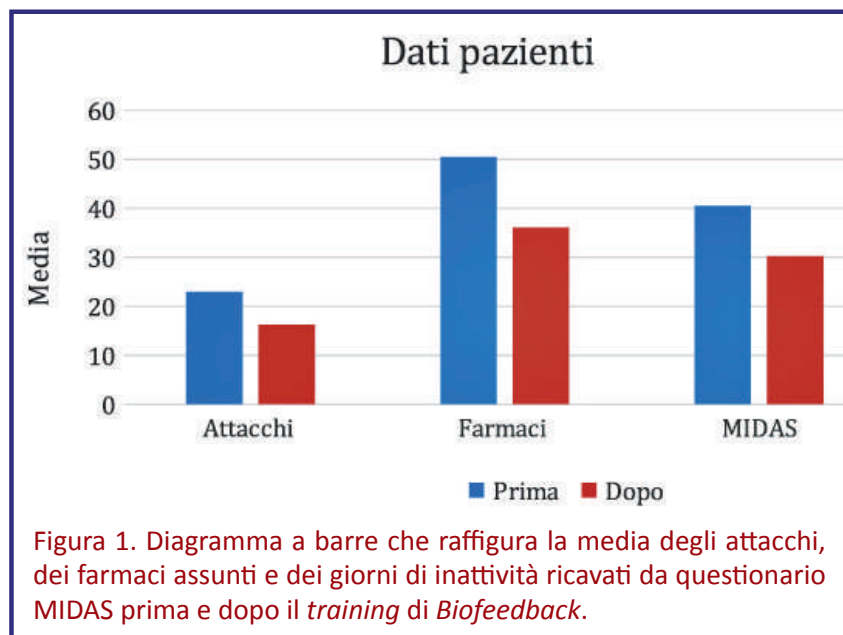
Dall'analisi dei dati raccolti prima dell'inizio del trattamento, il 57% del campione selezionato ha dichiarato di avere attacchi cefalalgici quasi giornalmente, più specificamente il numero mensile degli attacchi è risultato essere in media 23, con valori estremi di 15 e 30 attacchi al mese. La quasi totalità del campione ha dichiarato di assumere terapia di profilassi; solo 1 persona su 7 ha dichiarato di non assumere



re farmaci in profilassi agli attacchi di cefalea. Analizzato il numero di compresse assunte durante la fase acuta, il 71% del campione ha assunto in fase di attacco un numero di compresse superiore a 1, mentre solo il 29% ne ha assunto un numero uguale a 1. La media delle compresse assunte dai pazienti, ricavata sommando la terapia di profilassi e la terapia assunta al bisogno durante la fase acuta, è risultata essere di 50,5 compresse al mese. I valori estremi sono risultati essere 81 e 15 come numero massimo e minimo di compresse assunte. La compilazione del questionario MIDAS ha permesso di calcolare il valore medio dei giorni in cui i pazienti non hanno potuto svolgere attività lavorative e sociali nell'arco di tre mesi,

che è risultato essere di 40,5 giorni. Dalla medesima analisi, eseguita con i dati raccolti post trattamento, si è notato che il numero mensile degli attacchi è diminuito, attestandosi con un valore medio di 16,3 giorni. Il numero medio di compresse assunte mensilmente, risulta ora essere di 36 unità. Il numero medio dei giorni in cui i pazienti non hanno potuto svolgere attività a causa della cefalea, risulta ora essere di 30,2 giorni nell'arco di tre mesi (figura1). Mettendo a confronto i dati che sono stati raccolti precedentemente il trattamento, con quelli raccolti dopo la sua fine, è emersa una diminuzione delle variabili prese in considerazione nello studio. La variabile attacchi ha subito, grazie al *training*, una diminuzione

media di -6,7 attacchi/mese rispetto alla sua precedente valutazione pre trattamento. La variabile farmaci ha invece subito rispetto alla prima valutazione, una diminuzione media di -14,4 compresse assunte nell'arco dell'ultimo mese di trattamento. Anche l'ultima variabile considerata, ovvero il punteggio MIDAS, ha subito una diminuzione nel punteggio, con una differenza di -10,3 giorni di indisponibilità a compiere le attività di routine nel quotidiano. Il punteggio della scala MIDAS passa così da una disabilità grave di grado IV a una disabilità media di grado III. I valori descritti in precedenza sono riassumibili nel calcolo della differenza media percentuale delle tre variabili. Il risultato raggiunto, esprime



una diminuzione del 31% di attacchi, compresse assunte e giorni di indisposizione. Dalla compilazione del questionario di gradibilità è emerso che 4 pazienti su 7 erano molto soddisfatti, 2 lo erano abbastanza, mentre 1 solo era poco soddisfatto.

■ DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati emerge che il programma di *training* trimestrale ha portato un miglioramento in termini di numero attacchi cefalgici, farmaci assunti e giorni di assenza dal lavoro o indisposizione. Tale risultato è raffrontabile a livello generale con quanto descritto in letteratura da numerosi autori (Nestoriuc et al., 2008) (Andrasik, 2010). La frequenza della cefalea è la prima variabile a mostrare una diminuzione significativa. Questo miglioramento si deve considerare importante in termini di efficacia, in quanto la frequenza è stret-

tamente correlabile alle altre variabili prese in considerazione. Nella presente indagine si è notato come una diminuzione del numero di attacchi porta ad una riduzione nel numero dei farmaci assunti e dei giorni di indisposizione. Spesso i pazienti affetti da CTTH, al manifestarsi dell'episodio acuto, assumono analgesici (paracetamolo o aspirina) e/o antinfiammatori non steroidei in concomitanza alla singola terapia di profilassi (Bendtsen et al., 2010). Tale incidenza è imputabile al fatto che molti dei farmaci assunti siano "over the counter" [OTC] o senza obbligo di prescrizione [SOP]. L'automedicazione e l'abuso oltre ad esporre la persona a potenziali effetti collaterali (problemi gastrointestinali, aumento del rischio di emorragia ed epatotossicità), possono peggiorare e perpetuare la frequenza e l'intensità della cefalea primaria. Questo fenomeno prende il nome di cefalea "da rimbalzo" [MOH]. L'associa-

zione di più medicinali per più giorni consecutivi, almeno 15 al mese per tre mesi di seguito, è uno dei criteri diagnostici della MOH nei pazienti con emicrania e cefalea tensiva (Diener et al., 2001).

La patofisiologia della MOH è ancora sconosciuta a causa dei pochi studi svolti (Srikiatkhachorn et al., 1996) (Park et al., 2005) ma l'abuso farmacologico è il maggior fattore di rischio per lo sviluppo della cefalea giornaliera cronica [CDH] (Diener et al., 2001). Katsarava (2004) in uno studio prospettico ha dimostrato che i pazienti con cefalea episodica che facevano uso eccessivo di farmaci avevano un rischio 20 volte maggiore di sviluppare la CDH. Il rischio era aumentato con l'associazione di due o più sostanze. Tale principio, descritto in letteratura, è comunque soggetto a pareri contrastanti (Tepper, 2002) (Dodick, 2002). Dagli studi condotti finora, si può concludere che nella maggioranza dei pazienti l'abuso analgesico non è la causa della CDH, ma ne è un fattore precipitante ed aggravante nei soggetti predisposti (Pascual et al., 2001). Queste ipotesi tendono quindi a riaffermare come una strategia terapeutica non farmacologica possa essere utile ad eliminare una serie di criticità legate all'utilizzo di medicinali.

Tra la maggioranza degli studi inerenti alla disabilità indotta dalla cefalea, sono pochi quelli che si concentrano sulla CTTH; i pazienti che ne sono affetti frequentemente sperimentano un deterioramento dei livelli di autonomia nelle attività svolte a casa, al lavoro o a scuola

con impatto negativo in termini sociali ed economici (Nestoriuc et al., 2008) (Stovner et al., 2007). In particolare, le ore di assenza lavorativa sono maggiori nei pazienti affetti da CTTH rispetto ad altri tipi di cefalea (Schwartz et al., 1998). Se confrontate solo con le ore di assenza causate dall'emicrania, sono addirittura 3 volte maggiori (Rasmussen et al., 1992). Oltre agli effetti collaterali prima citati, l'abuso di farmaci da banco, che non prevedono esenzione, grava sull'individuo anche a livello economico. Se a ciò si aggiunge anche l'incapacità lavorativa/produttiva, è facile comprendere come queste persone incontrino difficoltà a livello finanziario. Una riduzione nel grado della disabilità si riflette positivamente sullo svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL). Oltre alla metodica di BF utilizzata nello studio che prevedeva una valutazione multi-parametrica (temperatura periferica, tensione muscolare, frequenza cardiaca), la letteratura riporta altre tipologie di intervento. Alcune di queste tendono a focalizzare la propria attenzione su singoli parametri psicofisiologici. Per il trattamento delle principali cefalee primarie vengono ritenuti *feedback* fondamentali, ad esempio, la temperatura periferica della cute [TEMP-FB], il polso [BVP-FB] e l'attività neuromuscolare [EMG-FB] (Nestoriuc et al., 2008), parametro quest'ultimo di riferimento per il trattamento della CTTH; In letteratura il suo livello di raccomandazione è molto alto (livello A) (Rolandi et al., 2011). Queste diffe-

renti tipologie di BF vengono comunemente svolte in concomitanza di varie strategie di rilassamento (immaginazione guidata, respirazione diaframmatica, meditazione) per aumentarne l'efficacia. In estrema sintesi quindi, la combinazione di *Biofeedback* e farmaci sembra essere efficace, anche se la sola metodica comportamentale sembra produrre effetti positivi a sé stanti. È stata mantenuta la terapia di profilassi perché il trattamento di BF, se integrato al trattamento farmacologico, sembra prolungarne e stabilizzarne gli effetti nel tempo (Andrasik, 2010) (Bendtsen et al., 2010). È comunque dirimente considerare anche altre tipologie di approccio cognitivo (CBT, Mindfulness) e la loro associazione. I risultati del trattamento di *Biofeedback* sembrano essere simili a quelli degli altri approcci comportamentali.

Non è ancora possibile capire se il *Biofeedback* abbia dei vantaggi rispetto ad altri approcci non-farmacologici ed in tal caso rispetto a quali. Sembra che gli effetti del *Biofeedback* si prolunghino maggiormente nel tempo rispetto ai benefici riscontrati negli altri interventi non-farmacologici. La letteratura riporta il mantenimento degli effetti conseguiti con il trattamento per una media di 14 mesi (Nestoriuc et al., 2008). Non tutti i pazienti presentano gli stessi giovamenti; sebbene un vasto numero presenti miglioramenti stabili nel tempo, altri non manifestano gli stessi risultati. La CTTH oltre allo stress, è da ricondursi anche all'ansia e alla depressio-

ne e sarebbe interessante valutare l'efficacia del BF in pazienti con entrambe le diagnosi, che invece nello studio sono stati esclusi.

■ CONCLUSIONE

Il *training* di BF è risultato efficace per i pazienti affetti da CTTH e i risultati dello studio sono conformi a quelli espressi in letteratura. Il trattamento è ben tollerato e la maggioranza dei pazienti si dichiara soddisfatta. Sarebbe necessario effettuare *follow-up* per verificare la durata dei benefici ottenuti. La terapia farmacologica, dati i miglioramenti verificatisi, è stata ridotta nella maggioranza dei pazienti, così da evitare di incorrere in effetti collaterali e cefalea da *rebound*. Ad ora, in Piemonte, questa tipologia di trattamento non viene praticata in nessun centro cefalee presente all'interno di un'azienda pubblica. Pertanto, sarebbe interessante verificare la possibilità di apertura di un ambulatorio dedicato nei reparti di neurologia dei principali ospedali della Regione.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Andrasik, F. (2010) *Biofeedback in headache: an overview of approaches and evidence*. Cleve Clin J Med, 77, 72-6.
2. Andrasik, F. (2007) *What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults*. Neurol Sci, 28, 70-7.



3. Bendtsen, L. Evers, S. Linde, M. Mitsikostas, D. Sandrini, G. and Schoenen, J. (2010) EFNS guidelines on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*, 17, 1318–25.
4. Buse, DC. and Andrasik, F. (2009) Behavioral medicine for migraine. *Neurol Clin*, 27, 445-65.
5. D’Amico, D. Mosconi, P. Genco, S. Usai, S. Prudenzano, AMP. Grazi, L. Leone, M. Puca, FM. and Bussone, G. (2001) The Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire: Translation and Reliability of the Italian Version. *Cephalalgia*, 21, 947-51.
6. Diener, HC. and Katsarava, Z. (2001) Medication overuse headache. *Curr Med Res Opin*, 17, 17-21.
7. Dodick, DW. (2002) Debate: analgesic overuse is a cause, not consequence, of chronic daily headache. Analgesic overuse is not a cause of chronic daily headache. *Headache*, 42, 547-54.
8. Katsarava, Z. Schneeweiss, S. Kurth, T. Kroener, U. Fritsche, G. Eikermann, A. Diener, HC. and Limmroth, V. (2004) Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology*, 62, 788-90.
9. Nestoriuc, Y, Martin A, Rief W, and Andrasik F. (2008) Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 33, 125–40.
10. Nestoriuc, Y. Rief, W. and Martin, A. (2008) Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consul Clin Psychol*, 76, 379–39.
11. Park, JW. Kim, JS. Kim, YI. and Lee, KS. (2005) Serotonergic activity contributes to analgesic overuse in chronic tension-type headache. *Headache*, 45, 1229-35.
12. Pascual, J. Colas, R. and Castillo, J. (2001) Epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep*, 25, 529-36.
13. Pérez-Muñoz, A. Buse, DC. and Andrasik, F. (2019) Behavioral Intervention for Migraine. *Neurol Clin*, 37, 789-813.
14. Rasmussen, BK. Jensen, R. and Olesen, J. (1992) Impact of headache on sickness absence and utilization of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health*, 46, 443-6.
15. Rolandi, S. Bolla, M. and Pierini, D. (2011) L’applicazione del biofeedback nelle cefalee primarie: metodologie, efficacia e modelli teorici, *Confinia Cephalalgica*, 20, 1-7.
16. Schwartz, BS. Stewart, WF. Simon, D. and Lipton, RB. (1998) Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*, 279, 381-3.
17. Sierpina, V. Astin, J. and Giordano, J. (2007) Mind-body therapies for headache. *Am Fam Physician*, 76, 1519-22.
18. Srikiatkachorn, A. and Anthony, M. (1996) Platelet serotonin in patients with analgesic-induced headache. *Cephalalgia*, 16, 423-6.
19. Stovner, LJ. Hagen, K. Jensen, R. Katsarava, Z. Lipton, R. Scher, A. Steiner, T. and Zwart, JA. (2007) The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 27, 193–210.
20. Tepper, SJ. (2002) Debate: analgesic overuse is a cause, not consequence, of chronic daily headache. Analgesic overuse is a cause of chronic daily headache. *Headache*, 42, 543-7.

GLORIA MONDAINI

Bignamini Falconara

GIULIA FRANCESCHINI

AOU Ospedali Riuniti di Ancona, in comando presso ARS Regione Marche

MARA MARCHETTI

UNIVPM, Corso di Laurea in Infermieristica Ancona

MAURIZIO ERCOLANI

ASUR Marche, in utilizzo presso Servizio Salute Regione Marche

ROBERTO LUPO

ASL Lecce

MARIA CHIARA CARRIERO

Istituto Santa Chiara, Roma

MIRKO PORFIRI

ASUR Marche, UNIVPM, Dipartimento di Management

MAURIZIO MERCURI

Corso di Laurea in Infermieristica, UNIVPM

Autore corrispondente:

GLORIA MONDAINI

gloria.mondaini@outlook.it

DIPENDENZA DA INTERNET E NOMOFOBIA E RELATIVO IMPATTO SU ANSIA E DEPRESSIONE IN UN GRUPPO DI STUDENTI DI INFERMIERISTICA IN ITALIA: RISULTATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

ABSTRACT

OBIETTIVO

Lo studio si proponeva di rilevare il livello di dipendenza da Internet e di nomofobia di un gruppo di studenti italiani di infermieristica, iscritti a uno dei tre anni di corso, e di correlarli con ansia e depressione, in quanto possibili conseguenze psicofisiche.

PREMESSA

La dipendenza da Internet e la nomofobia rappresentano una minaccia per il benessere della popolazione, determinando ansia e depressione, soprattutto nei giovani, nello specifico in coloro che deterranno responsabilità cliniche.

DISEGNO DI RICERCA

Studio di coorte retrospettivo osservazionale.

MATERIALI E METODI

Il presente studio, condotto tra luglio e settembre 2020, ha coinvolto n.139 studenti di infermieristica, afferenti all'Università Politecnica delle Marche. I partecipanti sono stati sottoposti a un'indagine on-line composta dal test di dipendenza da Internet (IAT), dal questionario di nomofobia (NMP-Q), e dagli strumenti "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI-Y1 e STAI Y-2) e "Beck Depression Inventory" (BDI-II). Sono state inoltre raccolte variabili sociodemografiche.

RISULTATI

Il campione analizzato era composto per la maggior parte da studentesse (85,6%), e l'età media era di 22.7 anni (+3.,32). L'utilizzo di Internet era per lo più legato all'impiego di WhatsApp (74,8%) e di Instagram (50,4%). Gli studenti non hanno mostrato dipendenza da Internet né fenomeno depressivo, ma un livello moderato di nomofobia e lieve di ansia di stato e di tratto, indipendentemente dal sesso e dalla situazione sentimentale. La dipendenza da Internet è sembrata correlata debolmente all'ansia di tratto ($r=0,23$, $p=0,04$) e moderatamente alla depressione ($r=0,50$, $p=0,00$), la nomofobia è sembrata correlata debolmente all'ansia di tratto ($r=0,26$, $p=0,00$) e moderatamente alla depressione ($r=0,50$, $p=0,00$).

CONCLUSIONI

La dipendenza da Internet e la nomofobia potrebbero portare a problemi psicologici, soprattutto in giovane età, fase sensibile per lo sviluppo cerebrale. Sono pertanto necessari studi clinici approfonditi per valutare la dipendenza da Internet e la nomofobia tra i giovani, nonché programmi di prevenzione, in contesti accademici e clinici.

PAROLE CHIAVE

Dipendenza da Internet; Nomofobia; Ansia; Depressione; Studenti in infermieristica.

ABSTRACT

AIM

This study aimed to detect the level of Internet addiction and nomophobia of a group of Italian nursing students, enrolled to one of the three years of the course, and to correlate them with anxiety and depression, their possible psychophysical consequences.

BACKGROUND

Internet addiction and nomophobia are serious threats to human population's well-being, determining psychological problems such as anxiety and depression. Young people and those with future clinical responsibilities are particularly at-risk categories.

RESEARCH DESIGN

Retrospective observational cohort study

MATERIALS AND METHODS

This study involved n.139 nursing students, afferent to polytechnic university of Marche Region, in Italy, from July to September 2020. Students have been subjected to an on-line survey composed by Internet addiction test (IAT), Nomophobia Questionnaire (NMP-Q), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1 and STAI Y-2) and the "Beck Depression Inventory" scale (BDI-II). Socio-demographical variables have been also collected.

RESULTS

The sample analyzed was composed mostly by female students (85,6%), and the mean age was 22.7(+3,32). They get access to internet to communicate with others, through WhatsApp (74,8%) and to access Instagram (50,4%). Students involved showed no Internet addiction, a moderate level of nomophobia, a mild level of state and trait anxiety and no depression state, independently by gender and emotional status. However, this analysis showed that Internet addiction was weakly correlated with trait anxiety ($r=0,23$, $p=0,04$) and moderately correlated with depressive status ($r=0,50$, $p=0,00$); nomophobia was weakly correlated with trait anxiety ($r=0,26$, $p=0,00$) and moderately correlated with depressive status ($r=0,50$, $p=0,00$).

CONCLUSION

Internet addiction and nomophobia could lead to psychological problems, especially in youth, a life phase sensitive for brain development. In fact, more powerful clinical studies are necessary to further evaluate Internet addiction and nomophobia between young people, as well as prevention treatment, in academic and clinical context.

Key Words

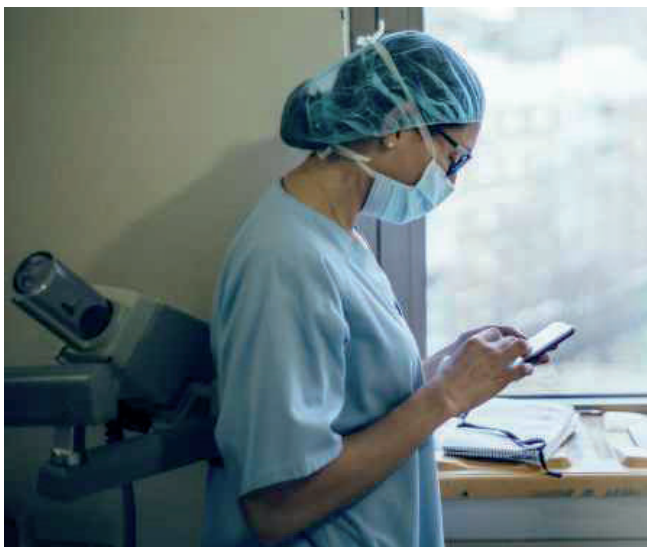
Internet addiction disorders; Nomophobia; Anxiety; Depression; Nursing students.

INTRODUZIONE

Ad oggi, è rilevante l'impatto della moderna tecnologia nella quotidianità (Bhattacharya et al 2019); infatti, Internet ha fornito preziose opportunità negli aspetti scientifici, comunicativi ed economici per la società umana: aiuta a costruire relazioni sociali, a scambiare informazioni ed esperienze personali o professionali, a svolgere attività economiche/commerciali e di marketing (Arslan G., 2017). Tuttavia, l'impiego inappropriato ed estremo di Internet costituisce una vera e propria minaccia per la salute e il benessere della popolazione (Noroozi et al. 2021). L'incapacità di evitare l'utilizzo di Internet, ov-

vero la dipendenza da Internet (Internet Addiction Disorder-IAD), ha risvolti negativi su vari aspetti della vita (Cheng et al., 2014) ed è considerata un vero e proprio disturbo mentale, come riportato nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (Lai et al, 2015). Le stime della prevalenza dell'IAD variano ampiamente tra i vari Paesi e sono comprese tra l'1,5% e il 10,8% (Mihajlov, et al 2017). Sulla base dei risultati di una recente metanalisi, la prevalenza media ponderata dell'IAD, che tende ad aumentare con il passare degli anni (Pan et al. 2020), è di 7,02% in 53.184 soggetti, con tassi di prevalenza più alti (10,9%) in Medio Oriente e più

contenuti (2,6%) nel nord e nell'ovest dell'Europa (Cheng et al. 2014). In particolare, il tasso di prevalenza della IAD in 1.818 operatori sanitari è stato del 9,7%, con un rischio maggiore in caso di elevate responsabilità cliniche (Buneviciene et al. 2021). In particolare, soggetti di età compresa tra 18-19 anni (87%) e 24-25 anni (86%) sono maggiormente soggetti al fenomeno della IAD (ISTAT 2019). L'IAD è associata a gravi problemi di salute, psicologici e sociali, che si ripercuotono sulla salute mentale e sulle interazioni sociali (Lam 2009). Gli studi sull'IAD, infatti, mostrano il suo impatto negativo in termini di salute fisica (determinando insonnia, inattività fisica e problemi agli occhi) e psicologica (provocando ansia, fobia sociale, disturbi da iperattività, abuso di alcol, deficit di attenzione e depressione) (Noroozi et al, 2021), con manifestazione di fenomeni soggetti a circoli viziosi (Saikia et al., 2019), soprattutto tra gli operatori sanitari, in termini di maggior carico di sintomi mentali e affaticamento (Buneviciene et al., 2020). Una moderna fobia del tempo, conseguenza dell'interazione con le nuove tecnologie, è la nomofobia (Yildirim et al., 2015), definita come la paura di non poter utilizzare o di essere irraggiungibili attraverso il proprio smartphone. Gli smartphone consentono agli utenti di svolgere un'ampia gamma di attività quotidiane, come telefonare e inviare messaggi di testo ad altre persone, controllare e inviare e-mail, pianificare appuntamenti, navigare in Internet, fare acquisti online, creare reti sociali, leggere, guardare video e giocare (Qutishat et al., 2020).



Tuttavia, il loro abuso può essere considerato come un emergente problema di salute pubblica (Wei et al., 2006). Vari sono gli elementi psicosociali e demografici identificati come fattori di rischio associati alla nomofobia.

Le caratteristiche psicosociali includono lo stress, il senso di mancanza di autoresponsabilità (la comunicazione online avviene senza limiti e regole), l'instabilità emotiva (il modo indiretto di comunicare e di scambiare messaggi limita gli episodi nevrotici/stressanti), la mancanza di disciplina, la bassa autostima, la bassa autoefficacia, l'elevata estroversione/introversione, l'impulsività e il senso di urgenza e di ricerca continua, l'ansia, l'iperattività (Kuscu et al, 2020) e la solitudine (Notara et al. 2021); le caratteristiche demografiche includono l'età e il sesso: gli individui più giovani, che hanno maggiore familiarità con le tecnologie e gli strumenti moderni rispetto a coloro afferenti ad altre fasce d'età, sembrano essere più inclini alla nomofobia rispetto agli altri (León-Mejía et al., 2021). Analizzando la popolazione giovane, come gli studenti universitari in ambito sanitario, categoria più a rischio per età e con potenziali elevate responsabilità cliniche, uno studio ha rilevato che su 547 maschi, il 23% è stato etichettato come nomofobico, e il 64% era a rischio di sviluppare la nomofobia (Bhattacharya et al., 2019).

In Italia, il 91,8% dei giovani di età superiore ai 14 anni, utilizza lo smartphone per accedere a Internet, preferendolo ad altri dispositivi (ISTAT, 2019).

I risultati sulle differenze di genere in relazione alla nomofobia sono eterogenei e potrebbero essere dovuti al fatto che gli uomini ritengono che i telefoni cellulari aumentino il loro livello di indipendenza, mentre le donne usano il telefono cellulare principalmente per la comunicazione e i social network (Dixit et al., 2010).

La nomofobia, come la IAD, comporta numerosi effetti negativi sulla salute fisica e psicologica (Notara et al., 2021), in termini di problemi muscolo-scheletrici (ad esempio la sindrome del tunnel carpale) (Baabdullah A., et al. 2020) e sensazione di preoccupazione, stress, tensione (Evening standards 2008), ansia (Secur Envoy, 2012) in caso di perdita del telefono, di batteria scarica o di assenza di copertura internet.

Inoltre, il passaggio dalle relazioni e interazioni

della vita reale ai “social media” nell’attuale era digitale, ha un impatto negativo sulla formazione della propria identità, percorso nel quale il periodo tra compreso tra l’adolescenza e l’età adulta, costituisce un momento di cruciale importanza (Walsh 2010) (Manago 2015). Risultano esigui i risultati riportati dalla letteratura relativi a IAD e nomofobia tra gli studenti italiani di infermieristica. In questo ambito, Conte L. (2022), ha dimostrato che gli studenti di infermieristica italiani che gestiscono un sito o un blog sperimentano con maggiore frequenza di altri studenti fenomeni ansioso-depressivi, con differenze statisticamente significative per genere. Data la scarsità di studi al riguardo e il coinvolgimento di gruppi potenzialmente a rischio (giovani con future responsabilità cliniche), questo studio si è posto l’obiettivo di rilevare il livello di IAD e di nomofobia di un gruppo di studenti italiani di infermieristica, afferenti a uno dei tre anni di corso, e di correlarli con le possibili conseguenze psicofisiche, quali ansia e depressione.

■ MATERIALI E METODI

Disegno e procedura di studio. La ricerca condotta si configura quale studio retrospettivo di coorte osservazionale, condotto presso il corso di laurea in Infermieristica (CDLI) afferente all’Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), nei poli universitari di Ancona e Fermo, nel periodo compreso tra Luglio e Settembre 2020. Un totale di 139 studenti di infermieristica ha accettato di partecipare. Lo studio è stato condotto attraverso la diffusione di un questionario on-line, considerando l’efficacia e la convenienza di tale metodo, mediante piattaforma Google Drive. In primo luogo, è stata inviata un’e-mail ai coordinatori didattici, al fine di esporre la natura dello studio e richiedere l’autorizzazione alla sua conduzione. In seguito è stato fornito agli studenti il link per accedere al questionario. Questo studio è stato progettato in modo simile a quello condotto da Conte et al. (2022).

Considerazioni etiche. Gli studenti coinvolti sono stati debitamente informati sulle caratteristiche dello studio e il reclutamento del campione è avvenuto solo successivamente alla loro

espressione di consenso orale alla partecipazione allo studio. Gli studenti sono stati resi edotti in merito alla natura volontaria della partecipazione, alla riservatezza e all’anonimato delle informazioni. Per analizzare i dati, a ogni partecipante registrato è stato assegnato un numero di identificazione sequenziale (ID), che corrispondeva al numero ID del questionario. L’analisi dei dati è avvenuta considerando la natura osservazionale dello studio ed è stata condotta in linea con i contenuti della Dichiarazione di Helsinki (6a revisione, 2008) e con le norme di buona pratica clinica.

Criteria di eleggibilità. I pazienti reclutati nello studio erano iscritti al CDLI, frequentavano il primo, il secondo o il terzo anno di corso nei poli universitari di Ancona e Fermo, e avevano manifestato il loro consenso a partecipare.

Variabili osservate. Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati era composto da sei sezioni, come descritto a seguire:

- Dati sociodemografici dei partecipanti, con l’indicazione del genere e dell’età, della regione e della provincia di provenienza, dell’anno di corso, dello stato di parentela e di convivenza.
- Domande relative alla conoscenza e all’esperienza informatica quali: utilizzo di un foglio di calcolo, gestione di un sito o di un blog, presenza di un firewall del computer, ed esperienza con il computer.
- Domande relative alle motivazioni dell’accesso a Internet.
- La scala “Internet Addiction Test” (IAT), composta da 20 items, al fine di valutare in modo specifico il grado di rischio psicopatologico associato all’uso di Internet, tramite una scala Likert a 5 punti (1=mai; 5=sempre), con un punteggio minimo di 20 e massimo di 100. Un punteggio compreso tra 20 e 49 indicava un uso normale di Internet; un punteggio tra 50 e 79, un basso livello di dipendenza; un punteggio tra 80 e 100, un elevato livello di dipendenza.
- Il “questionario sulla nomofobia” (NMP-Q), composto da 20 affermazioni volte a valutare i sintomi percepiti in caso di mancanza dello smartphone. Le risposte sono state fornite

attraverso una scala Likert a 7 punti (1= fortemente in disaccordo; 7= totalmente d'accordo), per un punteggio totale che varia da 20 a 140. Un punteggio di 20 indicava assenza di nomofobia; un punteggio compreso tra 21 e 59, un livello lieve di nomofobia; un punteggio compreso tra 60 e 99, un livello moderato di nomofobia; un punteggio compreso tra 100 e 140, una nomofobia grave.

- La scala “State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)”, per la valutazione dell’ansia. Questo strumento è composto da due parti, ciascuna costituita da 20 items: la sezione Y1, relativa all’ansia di stato e la sezione Y2, relativa all’ansia di tratto. Il punteggio totale variava da 20 a 80; un punteggio inferiore a 40 indicava assenza di ansia; un punteggio compreso tra 40 e 50, un lieve stato di ansia; un punteggio compreso tra 50 a 60, un’ansia moderata; un punteggio compreso tra 60 e 80, un grave stato di ansia.
- La scala “Beck Depression Inventory” (BDI-II), composta da 21 items, finalizzata a valutare lo stato depressivo nelle ultime 2 settimane, con un punteggio totale che variava da 0 a 63. Un punteggio compreso tra 0 e 13 non indicava stato depressivo; un punteggio compreso tra 14 e 19, uno stato depressivo lieve; punteggio compreso tra 20 e 28, uno stato depressivo moderato; punteggio compreso tra 29 e 63, uno stato depressivo grave.

Analisi statistica. Il piano di analisi statistica comprendeva la descrizione del campione e delle variabili di interesse. Per quanto riguarda il campione, è stata effettuata un’analisi descrittiva delle caratteristiche dei pazienti. Le variabili quantitative e qualitative sono state riassunte utilizzando rispettivamente la media e la deviazione standard (SD) e le frequenze assolute e percentuali. Per quanto riguarda le variabili di interesse, l’analisi statistica è consistita in un test “T di Student per campioni indipendenti”, per il confronto delle medie e, al fine di indagare la relazione tra i fenomeni analizzati, sono state calcolate anche le correlazioni lineari di Spearman. I risultati con p-value <0.05 sono stati considerati statisticamente significativi. L’analisi dei dati è stata condotta attraverso il software R-Studio v. 2021.09.0+351.

■ RISULTATI

I risultati dell’analisi descrittiva sono riportati nella Tabella I, in relazione alle caratteristiche sociodemografiche, nella Tabella II, in relazione al livello di conoscenza e di esperienza informatiche, nel Grafico I e nella Tabella III, in relazione alle motivazioni di accesso a Internet e nella Tabella IV, V e nel Grafico II, in relazione ai livelli di nomofobia, ansia e depressione.

Tabella I- Caratteristiche sociodemografiche

Caratteristiche sociodemografiche (N=139)	
Caratteristiche	Valore (N-%)
Genere	
Femminile	119 (85,6%)
Maschile	20 (14,4%)
Età (in anni)	22,7 +-3,32
Regione di appartenenza	
Abruzzo	12 (8,7%)
Basilicata	1 (0,7%)
Emilia-Romagna	1 (0,7%)
Marche	124 (89,2%)
Puglia	1 (0,7%)
Provincia di appartenenza	
Ancona	61 (43,9%)
Ascoli	6 (4,3%)
Chieti	3 (2,1%)
Fermo	20 (14,4%)
Lecce	1 (0,7%)
Macerata	8 (5,8%)
Matera	1 (0,7%)
Pesaro-Urbino	29 (20,9%)
Pescara	3 (2,2%)
Rimini	1 (0,7%)
Teramo	6 (4,3%)
Anno di corso	
I	27 (19,4%)
II	39 (28%)
III	73 (52,6%)
Convivenza con	
Amici/coinquilini	22 (15,8%)
Genitori/famiglia di origine	99 (71,2%)
Coniuge	8 (5,8%)
Solo	10 (7,2%)
Situazione sentimentale	
Impegnato	78 (56,1%)
Single	61 (43,9%)

Tabella II- Livello di conoscenza ed esperienza informatiche

Conoscenza ed esperienza informatiche (N-%)		
Items	Si	No
Fai regolare impiego di fogli elettronici/ database?	58 (41,7%)	81 (58,3%)
Gestisci siti web/ blog?	13 (9,4%)	126 (90,6%)
Il tuo computer ha un firewall?	77 (55,4%)	62 (44,6%)
Come definiresti le tue conoscenze e la tua abilità in merito ai computer?		
Base (1-3)	9 (6,5%)	
Media (4-7)	110 (79,1%)	
Elevata (8-10)	20 (14,4%)	



Tabella III - Motivazioni di accesso a Internet

Motivazioni di accesso a Internet					
	Mai	Raramente	A volte	Spesso	Sempre
Comunicazione	0,70%	10,10%	14,40%	33,80%	41%
Studio	0	2,20%	20,10%	59%	18,70%
Utilizzo social-network	2,90%	5,10%	18%	38,80%	35,20%
Accedere film/video	2,90%	18%	31,70%	38,10%	9,30%
Tempo libero	9,40%	17,30%	27,30%	35,20%	10,80%
Acquisti	2,90%	28,80%	33,80%	30,90%	3,60%
Condivisione opinioni	56,90%	27,30%	8,60%	7,20%	0
Pornografia	78,40%	12,90%	5,80%	2,20%	0,70%
Facebook	10,10%	19,40%	28%	28,10%	14,40%
Twitter	87,80%	7,20%	4,30%	0	0,70%
Instagram	5,70%	2,90%	8,60%	32,40%	50,40%
WhatsApp	0	0	3,60%	21,60%	74,80%
YouTube	2,90%	8,60%	33,10%	41,70%	13,70%
Snapchat	89,20%	7,20%	0,70%	2,20%	0,70%

Grafico I- Motivazioni di accesso a Internet

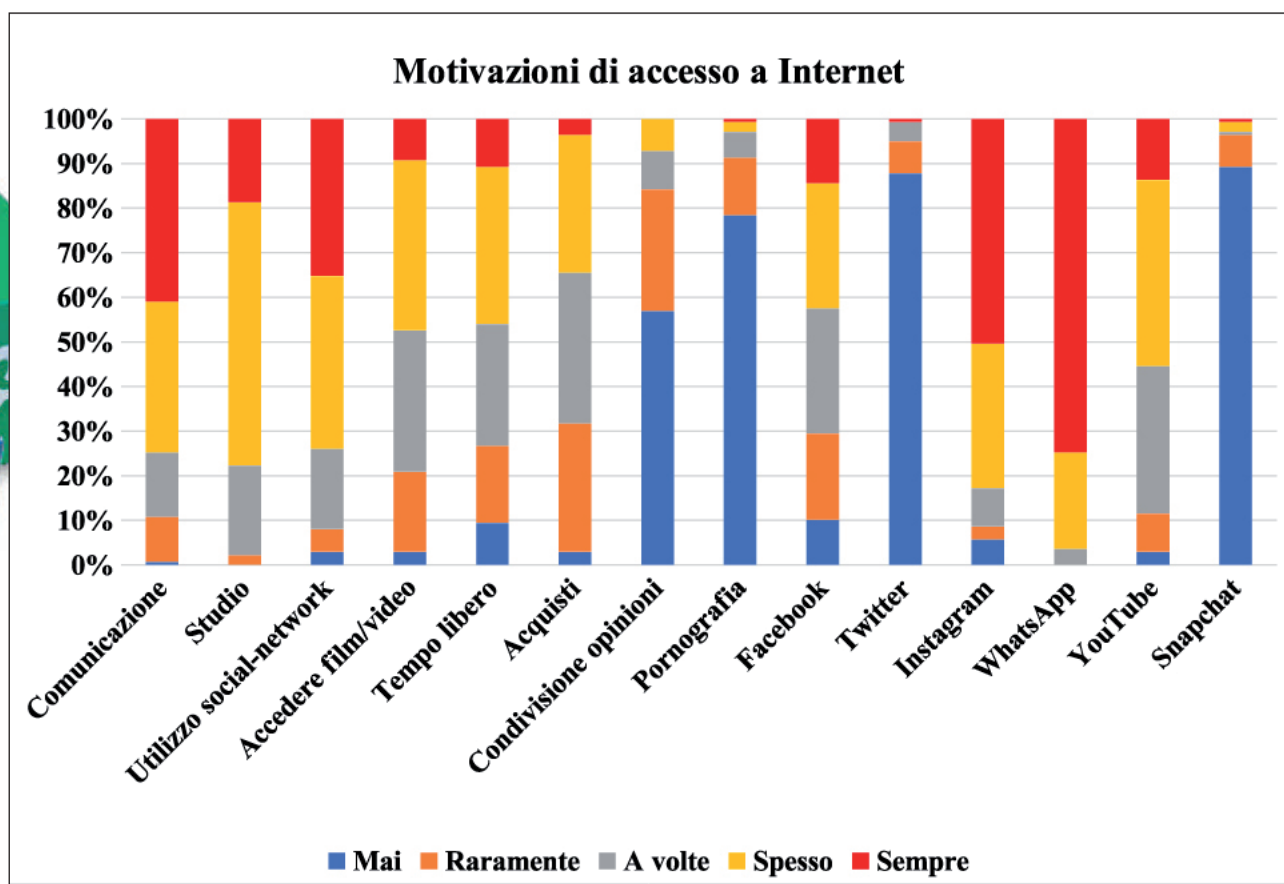


Tabella IV - Medie delle scale relative a dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione

Medie delle scale relative a dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione (N=139)	
Parametri	Media+-DS
Scala IAT	41,1+-11,7
Scala NMP-Q	62,5+-23,6
Scala STAI-Y1	44,5+-5,6
Scala STAI-Y2	46,3+-5,9
Scala BDI-II	12,6+-10,7

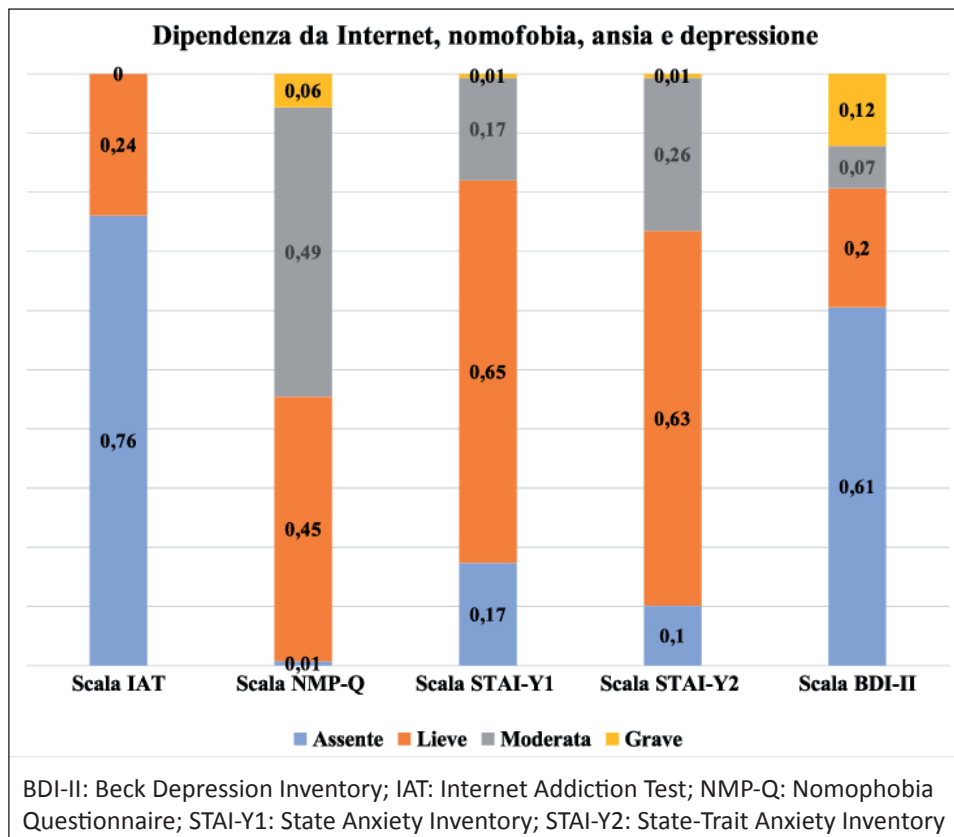
BDI-II: Beck Depression Inventory; IAT: Internet Addiction Test; NMP-Q: Nomophobia Questionnaire; STAI-Y1: State Anxiety Inventory; STAI-Y2: State-Trait Anxiety Inventory; DS: Deviazione Standard

Tabella V - Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione

Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione (N=139)				
	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Scala IAT	76%	24%	0%	0%
Scala NMP-Q	0,70%	44,70%	48,90%	5,70%
Scala STAI-Y1	17,30%	64,70%	17,30%	0,70%
Scala STAI-Y2	10,10%	63,30%	25,90%	0,70%
Scala BDI-II	60,50%	20,10%	7,20%	12,20%

BDI-II: Beck Depression Inventory; IAT: Internet Addiction Test; NMP-Q: Nomophobia Questionnaire; STAI-Y1: State Anxiety Inventory; STAI-Y2: State-Trait Anxiety Inventory

Grafico II - Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione



La tabella I mostra che il campione era composto principalmente da studentesse (85,6%), con un'età media di 22,7 anni.

L'89,2% dei partecipanti proveniva dalla regione Marche e il 52,6% del campione era iscritto al terzo anno del CDLI. Il campione analizzato viveva con i genitori nel 71,2% ed era fidanzato nel 56,1%.

La tabella II evidenzia che la maggior parte del campione aveva una buona conoscenza dei dispositivi elettronici: infatti, i partecipanti hanno definito le loro competenze informatiche come medie nel 79,1%. In particolare, il 90,6% del campione gestiva un sito web o un blog.

Analizzando le motivazioni alla base dell'utilizzo di internet, come spiegato nella tabella III e nel grafico I, è prevalsa la necessità di comunicare per il 41%, di connettersi ai social network per il 35,2%, di utilizzare Instagram per il 50,4% e di utilizzare WhatsApp per il 74,8%.

Nel campione analizzato, come esposto in tabella IV, sono stati evidenziati un livello normale di IAD e moderato di nomofobia; non è stato rilevato fenomeno depressivo ma un livello lieve

di ansia (di stato e di tratto) tra gli studenti coinvolti.

La tabella V e il grafico II nello specifico, evidenziano che il campione non era dipendente da Internet per il 76%, ma moderatamente dipendente dallo smartphone per il 48,9%; circa il 60% degli studenti coinvolti ha riportato un moderato stato di ansia (64,7% per lo STAI-Y1 e 63,3% per lo STAI-Y2) e nessuno stato depressivo (60,5%).

I risultati derivati dall'analisi inferenziale in relazione ai livelli di IAD, nomofobia, ansia di stato e di tratto e livelli di depressione per

genere (tabella VI) e stato di relazione sociale (tabella VII), mostrano differenze non statisticamente significative ($p < 0,05$ in relazione ai cinque fenomeni studiati).



Figura 1. Contatto umano come parzialmente sostituito da modalità di comunicazione alternative

Tabella VI- Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione in relazione al genere

Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione in relazione al genere					
Scala	Genere	N.	Media	DS	p.value
IAT	Femmine	119	41,3	11,3	0.72
	Maschi	20	40,2	14,4	
NMP-Q	Femmine	119	63,4	23,8	0.27
	Maschi	20	57,0	22,7	
STAI-Y1	Femmine	119	44,2	5,4	0.09
	Maschi	20	46,5	6,9	
STAI-Y2	Femmine	119	46,4	5,9	0.62
	Maschi	20	45,7	6,5	
BDI-II	Femmine	119	12,4	10,2	0.69
	Maschi	20	13,4	13,4	

BDI-II: Beck Depression Inventory; IAT: Internet Addiction Test; NMP-Q: Nomophobia Questionnaire; STAI-Y1: State Anxiety Inventory; STAI-Y2: State-Trait Anxiety Inventory; DS: Deviazione Standard; *p<0.05: statisticamente significativo

Tabella VII- Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione in relazione alla situazione sentimentale

Dipendenza da Internet, nomofobia, ansia e depressione in relazione alla situazione sentimentale					
Scala	Situazione sentimentale	N.	Media	DS	p.value
IAT	Impegnato	78	39,9	12,3	0.16
	Single	61	42,7	10,9	
NMP-Q	Impegnato	78	59,6	23,7	0.09
	Single	61	66,2	23,1	
STAI-Y1	Impegnato	78	45,1	5,3	0.18
	Single	61	43,8	6,0	
STAI-Y2	Impegnato	78	46,2	7,1	0.88
	Single	61	46,3	4,1	
BDI-II	Impegnato	78	12,5	10,4	0.97
	Single	61	12,6	11,1	

BDI-II: Beck Depression Inventory; IAT: Internet Addiction Test; NMP-Q: Nomophobia Questionnaire; STAI-Y1: State Anxiety Inventory; STAI-Y2: State-Trait Anxiety Inventory; DS: Deviazione Standard; *p<0.05: statisticamente significativo

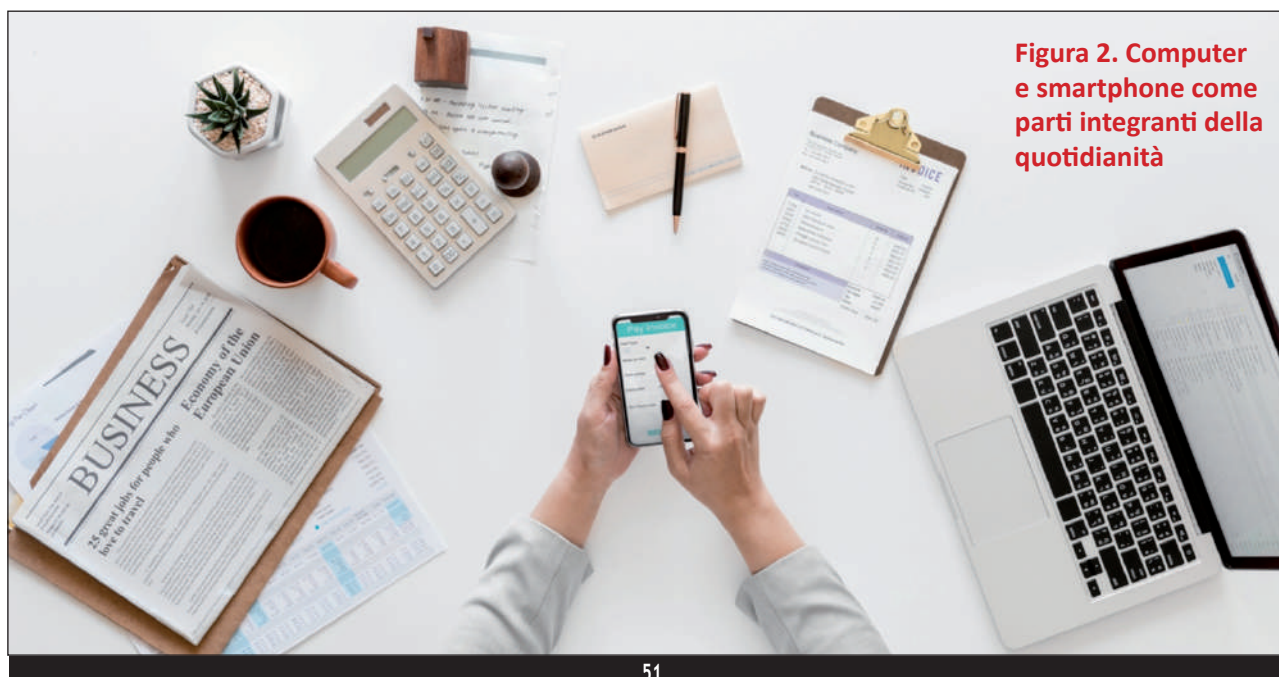


Figura 2. Computer e smartphone come parti integranti della quotidianità

Infine, la Tabella VIII mostra i risultati relativi alla correlazione di Spearman calcolata tra i livelli di IAD e nomofobia e lo stato ansioso e depressivo.

Tabella VIII- Correlazioni tra Dipendenza da Internet e Nomophobia e Ansia e Depressione

Correlazioni tra Dipendenza da Internet e Nomophobia e Ansia e Depressione				
Parametri	Scala IAT		Scala NMP-Q	
	r	p.value	r	p.value
Scala STAI-Y1	-0,05	0,48	0,05	0,55
Scala STAI-Y2	0,23	0,04*	0,26	0,00*
Scala BDI-II	0,50	0,00*	0,50	0,00*

BDI-II: Beck Depression Inventory; IAT: Internet Addiction Test; NMP-Q: Nomophobia Questionnaire; STAI-Y1: State Anxiety Inventory; STAI-Y2: State-Trait Anxiety Inventory; r: Spearman's correlation; *p<0.05: statisticamente significativo

Dalla Tabella VIII emerge che sia l'IAD che la nomofobia erano debolmente correlate con l'ansia di tratto (IAD: $r=0,23$, $p=0,04$; Nomophobia: $r=0,26$, $p=0,00$) e moderatamente correlate con lo stato depressivo (IAD: $r=0,50$, $p=0,00$; Nomophobia: $r=0,50$, $p=0,00$).

■ DISCUSSIONE

Questo studio si proponeva di analizzare il grado di IAD, nomofobia, ansia e depressione di una popolazione di studenti italiani di Infermieristica. Il campione coinvolto era composto da 139 partecipanti, afferenti a uno dei tre anni di corso. *In relazione all'utilizzo di internet e alle conoscenze e competenze relative all'utilizzo del computer*, i partecipanti hanno mostrato una preparazione media nel campo, un grande bisogno di comunicare con amici/familiari attraverso WhatsApp e di accedere ai social media, soprattutto Instagram. I risultati di questo studio sono coerenti con quelli derivanti dall'indagine condotta da Conte (2022).

In relazione al fenomeno IAD, gli studenti hanno mostrato un punteggio IAT di 41,1, che indica un normale uso di Internet (non a rischio psicopatologico). Questo risultato è inferiore al livello rilevato nello studio, simile ma più ampio e multicentrico, condotto da Conte (2022), nel quale il punteggio IAT era pari a 42,2. Il presente studio

non ha evidenziato differenze significative per sesso in relazione all'IAT, al contrario di quanto emerge da altri studi (Conte L. et al. 2022).

In relazione alla nomofobia, l'NMP-Q ha rilevato un punteggio di 62,5, che indica un livello moderato di nomofobia. Questo risultato è in linea con quello derivato da studi simili; infatti, Conte (2022), ha mostrato che gli studenti in infermieristica detenevano un livello di nomofobia pari a 66,9; uno studio turco (Ayar et al, 2018) ha evidenziato che la maggior parte del campione di studenti in infermieristica (58%) avesse un livello moderato di nomofobia; gli studenti di infermieristica spagnoli e portoghesi hanno mostrato invece un punteggio medio di nomofobia rispettivamente di 78,8 e 95,9, indicativi di un livello moderato del fenomeno analizzato (Gutiérrez-Puertas et al. 2018). In relazione alla nomofobia, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative a partire dal genere, risultato in linea con quanto evinto da Darvishi (2019). Tuttavia, Conte (2022) e Moreno-Guerrero (2020) hanno evidenziato che le donne detenevano un punteggio statisticamente significativo più elevato rispetto agli uomini.

Poiché la dipendenza da Internet è spesso associata ad altri disturbi psichiatrici come l'ansia e la depressione, questo studio ha esaminato anche le condizioni di depressione e ansia, mediante analisi di correlazione.

In relazione all'ansia, questo studio ha analizzato l'ansia di stato e di tratto, attraverso lo STAI-Y1 e lo STAI-Y2.

Il campione studiato ha mostrato un livello lieve di ansia di stato (44,5) e di tratto (46,3), risultati in linea con quanto riportato da Conte (2022), che ha rilevato un'ansia di stato pari a 44,1 e un'ansia di tratto pari a 44,9. L'ansia di tratto è caratterizzata da una costante sensazione di tensione, legata alle caratteristiche della personalità; l'ansia di stato, invece, è caratterizzata da uno stato transitorio di tensione soggettiva, legato agli eventi attuali; quest'ultima, può essere influenzata da alti livelli di nomofobia, caratterizzati dalla preoccupazione di essere disconnessi dalla rete. Nonostante tale premessa, il presente studio ha evidenziato che solo l'ansia di tratto mostrava una correlazione significativa, anche se debole, con la dipendenza da internet e il fenomeno della nomofobia.

In relazione alla depressione, gli studenti coinvolti hanno mostrato un punteggio BDI-II di 12,6, che indica l'assenza di depressione, risultato in linea con quello derivato dallo studio condotto da Conte (2022), che ha dimostrato un punteggio BDI-II di 12,0 in relazione al fenomeno analizzato. La depressione è risultata inoltre moderatamente correlata, in modo significativo, con la dipendenza da internet e con la nomofobia, come riportato anche da diversi gli studi (Saikia et al., 2019; Bányai F, 2017). Anche in relazione all'ansia e alla depressione, non sono state trovate differenze statisticamente significative a partire dal genere.

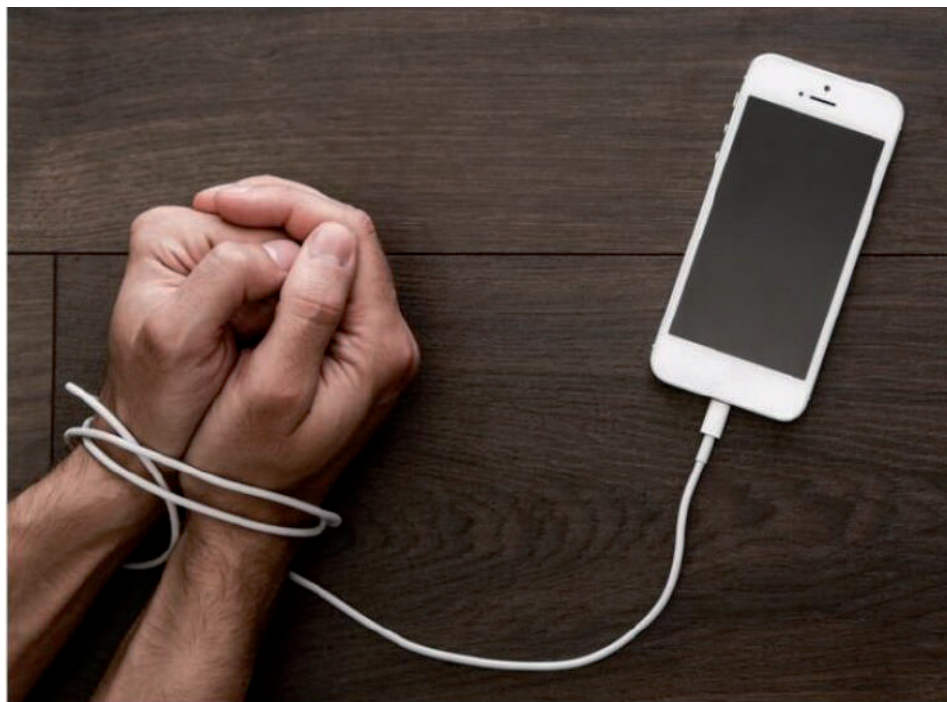
Poiché la solitudine può essere identificata come un fattore di rischio per IAD e nomofobia, e per i disturbi psichiatrici associati (Notara et al. 2021), in questo studio è stata condotta un'analisi dei fenomeni analizzati a partire dalla situazione sentimentale dei partecipanti, ossia lo status di single o di impegno in una relazione; a tal riguardo, non sono state rilevate differenze statistiche.

I risultati dello studio devono essere considerati alla luce dei suoi limiti, che riguardano la ridotta dimensione del campione, la monocentricità dello studio, la conduzione dell'indagine in modalità on-line, che ha comportato l'esclusione degli studenti con minore preparazione informatica, e la strategia di autovalutazione. Inoltre, occorre considerare l'impatto della situazione pandemica da COVID-19 sul potenziato uso della tecnologia.

■ CONCLUSIONI

Questo studio si proponeva di rilevare i livelli di IAD e nomofobia in un campione di studenti italiani di Infermieristica. È emerso un livello normale di IAD e un livello moderato di nomofobia; non è stato rilevato fenomeno depressivo ma un livello lieve di ansia (di stato e di tratto) tra gli studenti coinvolti. Nonostante i risultati non allarmanti, è stata evidenziata una correlazione, seppur debole-moderata, di IAD e nomofobia

con l'ansia di tratto e la depressione. Dato il crescente utilizzo di Internet e degli strumenti elettronici e il loro potenziale impatto sui disturbi psichiatrici, sarebbe necessario guidare gli studenti verso un loro uso appropriato, soprattutto in contesti accademici e clinici, in quanto potenziali fonti di distrazione. Inoltre, la giovinezza è una fase della vita molto delicata per lo sviluppo



cerebrale, e, come evidenziato in questo studio, gli studenti, in questa fase cruciale, hanno mostrato un forte bisogno di comunicare attraverso strumenti digitali. Sarebbe quindi necessario che i giovani imparassero a regolare l'uso di Internet e degli smartphone e a prediligere altre strategie comunicative.

Le ricerche future dovrebbero essere indirizzate a indagare ulteriormente la dipendenza da internet e il fenomeno della nomofobia e il loro impatto su ansia e depressione, attraverso un campione più ampio, in contesti multicentrici. Sarebbe interessante anche analizzare la correlazione dell'IAD e della nomofobia con altri disturbi psichiatrici, come il gioco d'azzardo e i disturbi alimentari, negli studenti universitari. Inoltre, come suggerito da Conte (2022), si potrebbe analizzare l'impatto dell'impiego di Internet sulla produttività dei singoli, sia in contesti clinici che accademici.

■ BIBLIOGRAFIA

- Ayar D., Özalp Gerçeker G., Özdemir E.Z., Bektaş M. (2018) The Effect of Problematic Internet Use, Social Appearance Anxiety, and Social Media Use on Nursing Students' Nomophobia Levels. *Comput Inform Nurs*, 36, 12, 589-595.
- Arslan, G. (2017) Psychological maltreatment, forgiveness, mindfulness, and internet addiction among young adults: a study of mediation effect, *Comput Hum Behav*, 72, 57-66
- Baabdullah A., Bokhary D., Kabli Y., Saggaf O., Daiwali M., Hamdi A. (2020) The association between smartphone addiction and thumb/wrist pain: a cross sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 99e; 19124
- Bányai F., Zsila Á., Király O., Maraz A., Elekes Z., Griffiths M.D., et al. (2017) Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS One*, 12, e0169839.
- Bhattacharya S., Bashar M.A., Srivastava A., Singh A. (2019) NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHONE PHOBIA. *J Family Med Prim Care*. 8, 4, 1297-1300.
- Buneviciene I., Bunevicius A. (2021) Prevalence of internet addiction in healthcare professionals: Systematic review and meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry*, 67(5):483-491.
- Cheng C., and Li A.Y-I. (2014) Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions, *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 17, 12, 755-760.
- Conte L., Giordano M., et al. (2022). Internet addiction, nomophobia, anxiety, and depression levels related: observational study among a population of italian nursing students. *Minerva Psychiatr*, 63, 0, 000-000.
- Darvishi M., Noori M., Nazer M.R., Sheikholeslami S., Karimi E. (2019) Investigating Different Dimensions of Nomophobia among Medical Students: A Cross-Sectional Study. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019, 7, 4, 573-578.
- Dixit S., Shukla H., Bhagwat A., Bindal A., Goyal A., Zaidi A.K., et al. (2010) A study to evaluate mobile phone dependence among



- students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian J Community Med*, 35, 2, 339-41.
- Evening Standard. Nomophobia is the fear of being out of mobile phone contact-and it's the plague of our 24/7 age [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: <https://www.standard.co.uk/hp/front/nomophobia-is-the-fear-of-being-out-of-mobile-phone-contact-and-it-s-the-plague-of-our-24-7-age-6634478.html> 8.
 - Gutiérrez-Puertas L., Márquez-Hernández V.V., São-Romão-Preto L., Granados-Gámez G., Gutiérrez-Puertas V., Aguilera-Manrique G. (2019) Comparative study of nomophobia among Spanish and Portuguese nursing students. *Nurse Educ Pract*. 2019, 34, 79-84.
 - Italian Institute of Statistics (ISTAT). Cittadini e ICT; 2019 [Internet]. Available from: <https://www.istat.it/it/archivio/236920> [cited 2022 Apr 8]
 - Kuscu T.D., Gumustas F., Rodopman Arman A., Goksu M. (2021) The relationship between nomophobia and psychiatric symptoms in adolescents. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 25, 1, 56-61.
 - Lai C.M, Mak K.K, Watanabe H. et al. (2015) The mediating role of Internet addiction in depression, social anxiety, and psychosocial well-being among adolescents in six Asian countries: a structural equation modelling approach, *Public Health*, 129, 9, 1224-1236.
 - Lam L.T, Peng Z.W, Mai J.C, Jing J. (2009) Factors associated with Internet addiction among adolescents, *Cyber Psychology & Behavior*, 12, 5, 551-555.
 - León-Mejía A.C., Gutiérrez-Ortega M., Serrano-Pintado I., González-Cabrera J. (2021). A systematic review on nomophobia prevalence: Surfacing results and standard guidelines for future research. *PLoS One*, 16, 5.
 - Manago A.M. Media and the development of identity development self and identity development [Online]. [cited 2015]; Available from: URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118900772.etrds0212>
 - Mihajlov M., Vejmelka L. (2017) Internet addiction: a review of the first twenty years, *Psychiatr Danub*, 29, 3, 260-272.
 - Moreno-Guerrero A.J., Aznar-Díaz I., Cáceres-Reche P., Rodríguez-García A.M. (2020) Do Age, Gender and Poor Diet Influence the Higher Prevalence of Nomophobia among Young People? *Int J Environ Res Public Health*, 17, 10, 3697.
 - Notara V., Vagka E., Gnardellis C., Lagiou A. (2021) The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. *Addict Health*, 13, 2, 120-136.
 - Noroozi F., Hassanipour S., Eftekharian F., Eisapareh K., Kaveh M.H. (2021) Internet Addiction Effect on Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci World J*:2556679.
 - Pan Y.C., Chiu Y.C., Lin Y.H. (2020) Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neurosci Biobehav*, 118:612-622.
 - Qutishat M., Rathinasamy Lazarus E., Razmy A.M., Packianathan S. (2020) University students nomophobia prevalence, sociodemographic factors and relationship with academic performance at a University in Oman. *Int J Afr Nurs Sci*, 13, 100206.
 - Saikia A.M., Das J., Barman P., Bharali M.D. (2019) Internet addiction and its relationships with depression, anxiety, and stress in urban adolescents of Kamrup District, Assam. *J Family Community Med*. 2019;26:108-12.
 - Secur Envoy. 66% of the population suffer from Nomophobia the fear of being without their phone [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <https://securenvoy.com/blog/66-population-suffer-from-nomophobia-fear-being-without-their-phone-2>
 - Walsh S.P. (2010) Needing to connect: The effect of self and others on young people's involvement with their mobile phones. *Aust J Psychol*, 62, 194-203.
 - Wei R., Lo V.H. (2006) Staying connected while on the move: Cell phone use and social connectedness. *New Media Soc*, 8(1), 53-72.
 - Yildirim C., Correia A.P. (2015) Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Comput Human Behav*, 49, 130-7.

SARA LEVATI

PhD, docente ricercatrice
SUPSI DEASS - Manno
sara.levati@supsi.ch

Autore corrispondente

CESARINA PRANDI

PhD, professore SUPSI DEASS - Manno
cesarina.prandi@supsi.ch

LORIS BONETTI

PhD, docente SUPSI DEASS - Manno
loris.bonetti@supsi.ch

MONICA BIANCHI

PdD, professore SUPSI DEASS - Manno
monica.bianchi@supsi.ch

LA COMPLESSITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE:

STUDIO DI VALIDAZIONE E FATTIBILITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DELLO STRUMENTO COMID IN CANTON TICINO PROTOCOLLO DI RICERCA

ABSTRACT

Le condizioni delle persone assistite al proprio domicilio sono in rapido cambiamento sia sul piano clinico, che psicologico e sociale. Gli infermieri implicati nell'assistenza necessitano di strumenti per la valutazione delle situazioni di complessità per poter svolgere appropriatamente il loro lavoro e condurre una soddisfacente pianificazione assistenziale. Per questo sono necessari strumenti validati per condurre la valutazione delle situazioni e dei relativi bisogni dell'utenza.

Fino ad oggi lo strumento COMID è validato in lingua francese ed è stato implementato in Canton Ginevra.

OBIETTIVI PRINCIPALI DELLO STUDIO

1. Validare lo strumento di raccolta dati COMID in lingua italiana;
2. Esplorare la facilità di utilizzo dello strumento COMID e la sua implementazione in Canton Ticino;

DISEGNO DI RICERCA

Lo studio verrà condotto all'interno del programma di studi del corso Master of Science in Cure Infermieristiche SUPSI e segue la metodologia mixed-methods con uno studio di validazione e uno studio qualitativo. Verranno valutate le condizioni di complessità dei pazienti in cura a domicilio attraverso lo strumento COMID; saranno svolte interviste agli infermieri che hanno utilizzato lo strumento e condotti focus group per indagare l'applicabilità dello strumento nel contesto delle cure a domicilio ticinesi.

RISULTATI

Lo studio è stato concluso ed è stato condotto seguendo tutti gli step indicati nel protocollo. I risultati dello studio saranno disponibili a breve attraverso pubblicazioni scientifiche ed eventi congressuali.

PAROLE CHIAVE

Cure domiciliari, complessità, assistenza infermieristica.

ABSTRACT

Conditions of people assisted at home are rapidly changing both on a clinical, psychological and social level.

Nurses involved in care provision require tools for assessing complex situations in order to be able to carry out their work appropriately and conduct satisfactory care planning.

Therefore, validated tools are needed to conduct the assessment of such situations and people needs.

Currently the COMID tool is validated in French and it has been implemented in the Canton of Geneva.

MAIN OBJECTIVES OF THE STUDY

1. Validate the COMID tool in Italian;
2. Explore the ease of use of the COMID tool and its potential implementation in the Canton of Ticino.

RESEARCH DESIGN

The study will be conducted within the curriculum of the Master of Science in Nursing (MScN) at the University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland (SUPSI) and follows the mixed-methods methodology with a validation study and a qualitative study. Patients' level of complexity in home care will be evaluated using the COMID tool; interviews will be conducted with nurses who have used the tool and focus groups will be conducted to investigate the implementability of the tool in the local context of home care.

RESULTS

The study is now completed and it was conducted following all the steps indicated in the protocol. The results of the study will be available shortly through scientific publications and conference presentations.

KEY WORDS

Home care, complexity, nursing.

Introduzione

I sistemi sanitari globali stanno subendo grandi mutamenti. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche contribuiscono ad accelerare il passaggio da un sistema di assistenza incentrato sulle malattie acute e sull'ospedalizzazione ad uno basato sull'assistenza ambulatoriale. Tuttavia, l'aumento del numero di persone con condizioni di co-morbidità rende gli interventi domiciliari sempre più complessi e richiede un adattamento dell'approccio delle cure domiciliari.

La pratica degli infermieri nelle cure domiciliari è ampia e necessita di un processo di qualificazione del settore, sia quando le cure infermieristiche sono di tipo clinico che educativo o ma-

nageriale e gli infermieri devono avere familiarità con questi contenuti nel loro lavoro quotidiano (Ferreira et al., 2018). Riferirsi a un quadro concettuale sul tema della complessità è un passo rilevante per l'agire infermieristico in maniera consapevole e ragionata a diversi livelli: micro, meso e macro (Busnel C. et al. 2020). Lo sviluppo della tematica della complessità nel settore delle cure è datato fin dagli anni '70 grazie agli studi di J. Hopkins Method e R. Hearn Method. Da allora sono stati sviluppati numerosi strumenti per la misurazione della complessità, tra cui il Cumulative Illness Rating Scale (Linn et al., 1968), l'Inermed (de Jonge et al., 2005), l'Intermed elderly assessment (Wild et al., 2011), il Patient centered assessment method [PCAM] (Pratt et al.,

2015), il Minnesota Complexity Assessment Method [MCAM], l'Oxford Case Complexity Assessment Measure [OCCAM] (Troigros et al., 2014) e il Complexity Prediction Instrument [COMPRI] (Huyse et al., 2001). Schaink et al. (2012), attraverso una revisione tematica sulla complessità, propongono un modello di complessità utile ad identificare gli elementi rilevanti del paziente affetto da malattie croniche, partendo dalla condizione che questi pazienti appartengano all'apice del triangolo del diagramma Kaiser Permanente, che rappresenta l'1-5% dei pazienti cronici complessi identificati dal modello di Kaiser. Secondo questo modello i fattori caratterizzanti la complessità del paziente sono: la condizione clinica e fisica; lo stato di salute mentale; le carat-

teristiche demografiche; il capitale sociale e il vissuto esperienziale sia nell'ambito della salute che in quello sociale (Schaink et al., 2012). La complessità del sistema paziente non deriva solo da fattori isolabili ma anche e soprattutto dalle interrelazioni tra le varie componenti caratterizzate da comportamenti non lineari e difficilmente scomponibili (Kannampallil et al., 2011). Gli stessi autori riportano che per poter studiare un sistema complesso ci si debba concentrare sul giusto livello di descrizione, identificando la granularità appropriata e le giunzioni tra le componenti funzionali, una volta identificati i singoli elementi (Kannampallil et al., 2011; Goldenfeld & Kadanoft, 1999).

Per i professionisti coinvolti nella pratica clinica, non è così facile assumere decisioni cliniche basate sulla complessità delle situazioni dei pazienti a

domicilio. Per questo, l'istituzione ginevrina di assistenza domiciliare (imad) ha sviluppato uno strumento di valutazione specifico della complessità multidimensionale per la pratica infermieristica a domicilio: il COMID (Figura 1). Il COMID include 30 items, 5 per ognuna delle 6 sezioni quali: fattori dello stato di salute, fattori socio-economici che aggravano lo stato di salute, fattori di salute mentale aggravanti lo stato di salute, fattori comportamentali del paziente, fattori di instabilità, fattori relativi agli operatori coinvolti e alla rete sanitaria. Per ogni item è prevista una risposta positiva o negativa (no = 0 e sì = 1), che dà origine ad un punteggio che può variare tra 0 e 30. Lo strumento può essere completato in meno di 30 minuti ed essere utilizzato periodicamente quando la situazione lo richiede. Il COMID è compilato da un professionista

che ha completato una formazione specifica e che conosce bene la situazione del paziente in seguito alla valutazione globale standardizzata (InterRAI-Home Care (HC)). Questo strumento vuole essere un aiuto decisionale per identificare gli elementi di complessità e non uno strumento per classificare la complessità. Nello specifico, la compilazione del COMID permette di identificare gli elementi che devono essere discussi dall'équipe di assistenza domiciliare e/o dalla rete interprofessionale, permettendo così la pianificazione e realizzazione di azioni specifiche e mirate. Secondo precedenti studi, lo strumento è da considerarsi affidabile, ma anche semplice da utilizzare, utile e di rilevanza per la pratica clinica. In aggiunta allo strumento COMID, imad ha pubblicato la guida *La complexité des prises en soins à domicile* destinata ai professionisti sanitari attivi nell'assistenza domiciliare al fine di fornire un supporto all'uso del COMID e linee guida su come ottimizzare la qualità delle cure per i/gli pazienti/utenti complessi.

Ad oggi sia la guida pubblicata da imad che lo strumento COMID sono stati tradotti in lingua italiana, ma resta da effettuare la validazione dello strumento tradotto. Inoltre, la versione italiana di COMID non è ancora stata implementata nella pratica clinica sul territorio ticinese e restano dunque inesplorate la facilità di utilizzo, l'utilità, l'accettabilità e la potenziale implementazione su larga scala di tale strumento a livello locale.



	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov
Approvazione comitato etico											
Presentazione progetto ai partner del territorio											
Evento formazione COMID											
Studio di validazione (compilazione schede)											
Studio qualitativo: conduzione interviste											
Studio qualitativo: conduzione focus group											
Analisi dati studio di validazione											
Analisi dati studi qualitativi											
Report finale e pubblicazioni											

■ Obiettivi dello studio

Lo studio proposto ha i seguenti obiettivi:

1. Validare lo strumento di raccolta dati COMID in lingua italiana;

2. Esplorare la facilità di utilizzo, l'utilità percepita rispetto al ragionamento clinico e l'accettabilità dello strumento;

3. Esplorare la possibilità di implementazione dello strumento post-studio nei servizi domiciliari ticinesi coinvolti;

4. Individuare come implementare lo strumento COMID potrebbe essere coadiuvante in un processo di monitoraggio della qualità delle cure. In aggiunta agli obiettivi sopra citati inerenti il tema della complessità e lo strumento COMID, lo studio si prefigge di perseguire anche obiettivi di più ampio respiro, quali permettere agli studenti del corso Master of Science in Cure Infermieristiche (MScN) SUPSI¹

¹ Nel testo verrà utilizzato il termine studenti-infermieri per identificare gli studenti del corso di laurea, in quanto si tratta di professionisti attivi nei rispettivi ambiti di competenza che stanno seguendo la formazione master.

di applicare sul campo conoscenze e competenze di ricerca sviluppate nel percorso formativo e di collegare la teoria alla pratica (traslazione delle conoscenze); così come favorire il legame fra i servizi di Cure a domicilio del Canton Ticino con la SUPSI al fine di poter rispondere alle esigenze formative e di sviluppo delle cure sia delle organizzazioni che dei professionisti in maniera mirata e di diffondere un approccio scientifico nella pratica clinica.

■ Design dello studio

Lo studio verrà condotto all'interno del programma di studi del corso MScN SUPSI e segue la metodologia mixed-methods (Richards & Rahm Hallberg, 2015) con una parte di validazione e una qualitativa. La tempistica della realizzazione delle fasi dello studio è illustrata nel Gantt Chart del progetto (Figura 2).

1) Studio di validazione

Come nello studio primario di validazione dello strumento (Vallet et al, 2019), anche lo studio di validazione in lingua italiana ha come obiettivo

quello di verificare l'affidabilità della consistenza interna e l'affidabilità intervalutatore della scheda COMID già tradotta in italiano e di cui si è acquisita l'autorizzazione all'utilizzo da parte degli autori. Lo strumento verrà testato da un gruppo di infermieri composto da due cluster: studenti del MScN SUPSI e infermieri provenienti dai servizi di assistenza e cure a domicilio (SACD), che hanno aderito liberamente allo studio e che appartengono a organizzazioni pubbliche e private (3 di interesse pubblico e 2 privati). Prima di accedere al campo e utilizzare il COMID tutti gli infermieri (sia studenti-infermieri che infermieri dei SACD) frequenteranno un training specifico composto da una parte teorica e una pratica e verrà loro resa disponibile la versione della guida all'implementazione (versione in lingua italiana).

2) Studio qualitativo

Lo studio qualitativo si divide in due parti.

A. La prima parte ha come obiettivo quello di esplorare la facilità di utilizzo, l'utilità percepita rispetto al ragionamento clinico e l'accettabilità

dello strumento tra coloro che l'hanno utilizzato (infermieri e studenti-infermieri). Gli studenti condurranno almeno 1 intervista semi-strutturata e intervisteranno gli infermieri dei SACD che hanno partecipato alla compilazione delle schede (studio di validazione).

B. Nella seconda parte dello studio qualitativo, gli studenti saranno chiamati ad organizzare e condurre 2 focus-group della durata di un'ora ciascuno con infermieri, responsabili infermieristici e di struttura, al fine di esplorare la possibilità di implementazione dello strumento post-studio presso i servizi di cure domiciliari ticinesi.

Gli studenti hanno già ricevuto una formazione specifica nel modulo di ricerca, metodi e scrittura scientifica (nel MScN) sulla modalità di conduzione di interviste e focus group.

■ Reclutamento dei soggetti

Il reclutamento si attua a tre livelli diversi:

Livello SACD: servizi di interesse pubblico e privato, distribuiti nel territorio Cantonale, con disponibilità a inviare quali partecipanti allo studio infermieri clinici operanti nel servizio, che utilizzino regolarmente strumenti di Assessment (InterRAI) per i loro utenti.

Livello infermieri: sono inclusi infermieri operanti nei SACD, con un'anzianità di servizio di almeno 3 anni; coinvolti nell'assessment e nella pianificazione delle cure, Studenti-infermieri che frequentano il MScN SUPSI che abbiano

frequentato il primo e secondo semestre del corso.

Livello pazienti: sono inclusi pazienti che sono presi in carico dai SACD, i dati verranno raccolti attraverso l'esclusiva consultazione dei dati sanitari e di cura informatizzati e anonimizzati.

I pazienti possono essere uomini o donne che abbiano compiuto 18 anni, che siano in carico ai SACD e che abbiano fornito il consenso alla partecipazione a studi di ricerca.

■ Procedure per le raccolte dati

Training

Tutti i soggetti partecipanti allo studio (infermieri dei SACD e studenti MScN) attraverso un programma formativo della durata di 8 ore acquisiscono la competenza all'utilizzo dello strumento COMID in ambito delle cure domiciliari e familiarizzano all'utilizzo della guida *La complessità delle cure nell'assistenza a domicilio* (Bunsel C., et al. 2022).

1) Studio di validazione

Dopo aver concluso il training all'utilizzo dello strumento, gli studenti si recheranno presso le sedi dei SACD reclutati nel progetto al fine di condurre la raccolta dati necessaria per lo studio di validazione.

Nella fattispecie essi saranno assegnati ad un infermiere del servizio (costituiranno una diade) e dovranno compilare un minimo di 5 schede COMID ciascuno.

A ridosso della compilazione in cieco delle schede COMID, le diadi compileranno assieme un questionario che indaga la criticità degli item COMID.

2) Studio qualitativo

Lo studio qualitativo si avvarrà di Interviste e focus group.

2.1 - Interviste

Al fine di esplorare la facilità di utilizzo, l'utilità percepita rispetto al ragionamento clinico e l'accettabilità dello strumento tra coloro che l'hanno utilizzato (infermieri e studenti-infermieri),



gli studenti condurranno delle interviste semi-strutturate.

Nella fattispecie, ogni studente sarà responsabile di condurre un'intervista.

I soggetti intervistati saranno gli infermieri che hanno affiancato lo studente durante la fase di raccolta dati. La griglia di domande per la conduzione dell'intervista semi-strutturata sarà preparata dal team di ricerca e sarà condivisa e discussa in aula durante una lezione dedicata, prima dell'uscita sul campo per la conduzione delle interviste.

Gli studenti dovranno gestire tutto il processo legato all'intervista (pianificazione, preparazione del setting, audioregistrazione e invio del materiale al team di ricercatori). Nello specifico, il file audio e un file con i dati anagrafici della/e persona/e intervistata/e dovranno essere custoditi su un dispositivo protetto da password.

2.2 - Focus group

Al fine di esplorare la possibilità di implementazione dello strumento post-studio nei setting ticinesi coinvolti, gli studenti condurranno due focus group con la supervisione di un ricercatore. I partecipanti saranno infermieri, responsabili infermieristici e di struttura coinvolti nella fase di validazione.

È responsabilità degli studenti la pianificazione, la conduzione e la gestione dei dati raccolti nei focus. Responsabilità del team di ricerca sarà la definizione della lista dei partecipanti.

La griglia di domande per la conduzione del focus group sarà preparata dal team di ri-

Tabella 1 - SET strumenti di raccolta dati

Strumento	Codice	Formato	Compilato da:
COMID	Data_quant_01	Cartaceo	Infermieri e studenti Studenti inputano i dati in Excel
Dati socio-demografici infermieri/ studenti	Data_quant_02	Cartaceo	Infermieri e studenti Studenti inputano i dati in Excel
Dati socio-demografici pazienti	Data_quant_03	Cartaceo	Infermieri e studenti compilano assieme Studenti inputano i dati in Excel
Individuazione criticità Item Comid	Data_quant_04	Cartaceo	Infermieri e studenti compilano assieme dopo aver terminato le schede COMID
Interviste (guida domande)	Data_qual_01		Gli studenti intervistano infermieri che li hanno affiancati o in casi eccezionali un proprio compagno
Focus group (guida domande)	Data_qual_02		Gli studenti sono coinvolti nella conduzione dei focus group

cerca e sarà condivisa e discussa in aula durante una lezione dedicata, prima dell'uscita sul campo per la conduzione dei focus.

Al termine di ogni focus group, il file audio/video verrà custodito su un dispositivo protetto da password.

■ Analisi dei dati

I dati raccolti nelle fasi sopra dettagliate (Tabella 1) del progetto verranno analizzati dal team di ricerca. Nella fattispecie:

■ Studio di validazione

Le analisi verranno condotte utilizzando il software SPSS versione 26.0 (IBM Corp., Ar-

monk, NY). In primo luogo, verranno effettuate delle analisi per descrivere le caratteristiche degli infermieri e degli studenti che hanno compilato il COMID (età, genere, esperienza come infermiere/a, esperienza nell'ambito di lavoro attuale, formazione) e le caratteristiche dei pazienti valutati (età, genere, patologia principale, eventuali patologie secondarie). Per valutare l'affidabilità intervalvatore verrà calcolato l'Intra Class Correlation sia dello score dei sei fattori dello strumento che dello score finale. Verranno ritenuti accettabili valori maggiori o uguali a 0.8 (nello studio originale era 0.83 (Vallet et al., 2019)).

Come nello studio originale, verrà utilizzato un modello misto a due fattori, assoluto, a mi-

sura singola (Hallgren, 2012). Come nello studio originale (Vallet et al., 2019) verrà quindi eseguito il test Kappa (κ) per valutare il grado di accordo inter-rater sulle risposte a ciascuno dei 30 item COMID. Per valutare l'affidabilità della consistenza interna verrà infine calcolato il Coefficiente Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) (equivalente dell'alpha di Cronbach per item con risposta dicotomica) che verrà ritenuto adeguato con valori uguali o superiori allo 0.8 (range 0-1) (nello studio originale era 0.797 (Vallet et al, 2019).

■ Numerosità campionaria

Ogni scheda Comid verrà compilata in doppio e in cieco sul singolo caso da parte della diade infermiere-studente-infermiere.

Per ottenere un valore di Cronbach alpha di 0.8, con una potenza dell'80% e un errore alpha del 5% servono almeno 130 schede Comid compilate

(Bonett & Wright, 2015).

Considerando possibili errori di compilazione e il fatto che sia gli studenti che gli infermieri saranno novizi nell'utilizzo dello strumento, ipotizziamo di portare il numero a 150-200 schede Comid compilate in totale. Per ottenere invece un ICC di 0.8 con una potenza dell'80% e un errore alpha del 5% servono 51 osservazioni in doppio.

Per i medesimi motivi sopracitati, ipotizziamo di valutare in doppio e in cieco almeno 60 schede COMID.

■ Analisi qualitativa

Per quanto riguarda i dati raccolti con le interviste e i focus group, dopo la loro trascrizione verbatim, verranno analizzati utilizzando l'approccio dell'analisi tematica, (Braun & Clarke, 2006) e con il supporto del software NVivo 12®. Le differenti fasi definite dagli autori e seguite nell'analisi: 1. Familiarizzare con i propri dati, 2. Generare codici iniziali, 3. ricercare temi, 4. revisionare i

temi, 5. Definire e nominare i temi, 6 produrre il report, permetteranno di andare a fondo dei dati raccolti e comprendere l'oggetto di studio.

■ Aspetti etici

Per quanto concerne l'utilizzo dello strumento COMID, in data 10.11.2021 è stato firmato un accordo formale di collaborazione tra SUPSI-DEASS e imad (Institution genevoise de maintien à domicile) nelle persone di Monica Bianchi (SUPSI), Cesarina Prandi (SUPSI) e Catherine Busnel (IMAD). Catherine Busnel è la responsabile dello sviluppo della guida "La complexité des prises en soins à domicile: guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile" e dello strumento COMID (<https://comid.imad-ge.ch/>). Tale accordo sancisce l'utilizzo della scheda COMID da parte del team di ricerca in Ticino e supporta lo studio COMID_TICINO in tutte le sue fasi.

La compilazione delle schede da parte di infermieri e studenti-infermieri non prevede l'accesso diretto ai/pazienti, ma solamente alla documentazione InterRAI compilata dal personale sanitario e debitamente anonimizzata prima della compilazione delle schede COMID. Questo permetterà di garantire l'anonimato dei/delle pazienti indirettamente coinvolti nello studio. A tal fine verrà utilizzata esclusivamente la documentazione di utenti che hanno dato il consenso all'utilizzo dei loro dati ai fini di ricerca all'ingresso nel servizio. In aggiunta, al fine di condurre





un'analisi dei dati quanto più obiettiva e imparziale, i dati raccolti tramite le interviste e le schede COMID verranno anch'essi anonimizzati. In particolare un membro del team di ricerca assegnerà un codice partecipante, in modo tale che coloro che saranno coinvolti nell'analisi dei dati non sapranno chi ha condotto le interviste o ha compilato le schede COMID. Lo studio COMID_TICINO ha ricevuto l'approvazione da parte del Comitato Etico SwissEthics (2021-01497) in data 27.12.2021.

■ Risultati attesi

I risultati derivanti dallo studio di validazione permetteranno di avere uno strumento affidabile e valido, utilizzabile nella pratica clinica in lingua italiana (l'originale è in lingua francese). Lo strumento finale in lingua italiana sarà pubblicato e reso accessibile secondo gli accordi con le autrici dello strumento originale.

I risultati dello studio qualitativo permetteranno di comprendere:

A. I fattori facilitanti e le barriere rispetto all'implementazione della scheda COMID nella pratica clinica

quotidiana presso i servizi di cure domiciliari ticinesi;

B. Le caratteristiche del processo di apprendimento da parte degli studenti-infermieri durante il percorso formativo di Master of science of nursing.

■ Disseminazione dei risultati

I risultati degli studi verranno diffusi attraverso pubblicazioni scientifiche, report, partecipazione a congressi nazionali e internazionali, evento pubblico di tipo congressuale, incontri rivolti ai partecipanti e partner dello studio.

■ Ringraziamenti

Catherine Busnel, Catherine Ludwig, Laura Mastromauro, Marina Santini, gli studenti del MScN e gli infermieri di cure domiciliari che hanno partecipato con interesse al progetto.

■ Note al testo

Il genere maschile è utilizzato contemporaneamente per indicare genere maschile e femminile.

■ Bibliografia

- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015* (Hogrefe Verlag (ed.)).
- Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2015). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of organizational behavior*, 36(1), 3-15.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Busnel, C., Bridier-Boloré, A., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2021). *Complexité des prises en soins à domicile. Guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. Institution genevoise de maintien à domicile (Imad)*. <https://doi.org/https://doi.org/10.26039/097C-6316>
- Busnel, C., Bridier-Boloré, A., Marjollet, L., Perrier-Gros-Claude, O., Santini, M., Prandi,
- C. (2022). *La compessità dell'assistenza a domiciliare: guida per i professionisti che operano nel settore dell'assistenza e della cura a domicilio*. Carouge, Manno: imad & SUPSI. DOI: <https://doi.org/10.26039/cp8m-pwo8> - Redazione: Catherine Busnel
- Busnel, Catherine, Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). *Complexité des*

- prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116–123. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.00>
- Busnel, Catherine, Vallet, F., & Ludwig, C. (2021). Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC. *Nursing Open*, 8(2), 815–823. <https://doi.org/10.1002/nop2.686>
 - Busnel, C., Ludwig, C. & Da Rocha Rodrigues, M. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140, 7-16. <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.3917/rsi.140.0007>
 - De Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P., Söllner, W. & Stiefel, F.C. (2005). Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 795–9
 - Ferreira, SRS., Périco, LAD. & Dias, VRGF. (2018) The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm [Internet];71(-Supl 1):784-9*. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
 - Goldenfeld, N. & Kadanoff, L. (1999). Simple lessons from complexity. *Science*, Vol 284, Issue 5411, 87-89. doi: 10.1126/science.284.5411.87
 - Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: an overview and tutorial. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 8(1), 23.
 - Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse. In *Cahier de l'Observatoire suisse de la santé*. Verlag Hans Hube.
 - Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. COMPRI – An Instrument to Detect Patients With Complex Care Needs : Results From a European Study. *Psychosomatics*. 2001 ; 42(3) : 222-8.
 - Linn, B., Linn, M., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 16, 622-626
 - Kannampallil, T.G., Schauer, G.F., Cohen, T. & Patel, V.L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *J Biomed Inform*, 44: 943–7
 - Koné Pefoyo, A. J., Bronskill, S. E., Gruneir, A., Calzavara, A., Thavorn, K., Petrosyan, Y., Maxwell, C. J., Bai, Y. Q., & Wodchis, W. P. (2015). The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*, Apr(15), 415. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>
 - Minnesota Complexity Assessment Method or MCAM form <http://www.mpho.org/resource/d/35993/MinnesotaComplexity-consultazione> 24-11-2022
 - Richards D.A., Rahm Hallberg I. (2015) Complex interventions in health. An overview of research methods. Routledge: New York (chapter 3: The value of mixed methods for researching complex interventions)
 - Roth, S., & Pellegrini, S. (2015). Virage ambulatoire Transfert ou expansion de l'offre de soins? In O. suisse de la Santé. (Ed.), (Obsan Rapport 68) (Rapport 68). www.obsan.ch.
 - Schaink, A., Kuluski, K., Lyons, R., Fortin, M., Jadad, A., Upshur, R. & Wodchis, W. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *Journal of Comorbidity*, 2, 1-9
 - Troigros, O., Bejot, Y., Rodriguez, P. M., Shoab, F., Ellis, H., & Wade, D. (2014). Measuring complexity in neurological rehabilitation: the Oxford Case Complexity Assessment Measure (OCCAM). *Clinical Rehabilitation*, 28(5), 499-507. doi:10.1177/0269215513505300
 - Vallet, F., Busnel, C., & Ludwig, C. (2019). Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile. *Recherche En Soins Infirmiers*, 138(3), 53–64. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0053>
 - Wild B., Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum E, et al. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons : the INTERMED for the Elderly (IM-E). *J Psychosom Res*. 2011 ; 70(2) : 169-78.

TITTI DE SIMONE

Infermiera

desimone.titti@gmail.com

emozionariosanita@gmail.com

EMOZIONI: L'INFERMIERA CHE ABBRACCIA

Da giovane studentessa mi fu insegnato a non piangere, a non mostrare emozioni, a restare impassibile di fronte alla sofferenza altrui, alla morte, alla vita, a tutto quello che sentivo fluire in corsia, a trattare questo materiale potenzialmente pericoloso con tutta una serie di DPI, materiale umano che avrebbe potuto invadere e colonizzare la mia anima.

Appena laureata il mio primo incarico fu in un hospice. Fui affiancata da una collega esperta (che chiamerò C.), una donna pratica che per quasi 20 anni aveva lavorato nel pubblico, in varie specialità e reparti. Approdò poi in quel luogo di cura così diverso dagli altri e decise di restarvi. Mi raccontava con gli occhi larghi di felicità dell'assistenza che era possibile fare anche quando di tempo ne restava ben poco, un'assistenza in cui l'obiettivo non era più guarire ma curare, stare accanto.

Al secondo giorno del mio inserimento un paziente morì.

Era sedato.

Entrammo in camera all'inizio del turno.

Mi fece vedere tutti i segni della morte che si avvicinavano, rumori respiratori, escursioni toraco/addominali, colore e consistenza della cute, verificammo insieme lo stato di coscienza per essere certe che la sedazione fosse adeguata.

Il suo tocco si trasformò in carezza, i suoi occhi si riempirono di lacrime di fronte a quella giovane vita che stava finendo, abbassò lo sguardo e la vidi piangere.

Abbracciai i parenti presenti, con loro scambiò lacrime e parole.

Poi uscimmo dalla stanza.

E C. si allontanò lasciandomi sola in infermeria.

Quando rientrò gli occhi erano lucidi ma puliti di lacrime.



Riprenderemo il nostro lavoro ed io tornai a casa la sera, dopo il mio turno, cercando di capire che cosa fosse successo.

C. mi aveva insegnato che un infermiere si può emozionare.

Emozioni. Scariche di neurotrasmettitori, ormoni, sinapsi e ghiandole.

Intense, confortanti, capaci di farci volare o di ancorarci senza pietà alla terra.

Emozioni. Possiamo decidere di ignorarle, di nasconderle e camuffarle. Come nel miglior film horror abiteranno cantine e mineranno alle fondamenta il nostro equilibrio.

Emozioni. Possiamo viverle e navigarle, con consapevolezza ed intenzionalità, trasformandole in nostre alleate. Perché le emozioni lo sono.

Ci parlano, ci guidano, ci insegnano.

Ed è necessario ascoltarle.

Imparare a dar loro spazio.

Questo è un bisogno che sento come essere umano ed infermiera.

Un bisogno che scatena una serie di domande a cui sto provando a rispondere grazie al percorso intrapreso con il progetto “Emozionario dei professionisti sanitari”.

Quali emozioni posso provare come infermiere? Quali sono socialmente accettabili nel mio ruolo professionale?

Le mie emozioni mettono a disagio i miei assistiti o turbano i miei colleghi?

C. mi ha insegnato che io posso commuovermi, piangere e provare dolore per la perdita di un paziente. Posso provarlo e posso dimostrarlo.

Spesso ci è consentito gioire per le belle notizie ma pare che socialmente un infermiere debba essere più “trattenuto” sui toni tristi e cupi della vita, non manifestare rabbia, tristezza, senso di impotenza, frustrazione.

Eppure viviamo immersi nella sofferenza e nel dolore, nella morte e nella disabilità.

Nonostante questo ci viene richiesto di non essere permeabili a questi moti dell’anima.

Ho provato a mettere in pratica ciò che mi ha insegnato C.

Abbraccio, a volte piango in corsia.

Infinita potenza dei corpi malati e delle vite degli altri di suscitare emozioni.

I miei assistiti si sentono rispecchiati, connettersi a loro diviene potente cura.

Lascio spazio al mio sentire, prende aria, luce e tempo.

A volte evapora e torna a me in mille carezze.

Altre volte sedimenta e mi fa guardare la vita sotto un altro punto di vista.

Sempre produce un cambiamento, sempre diviene nuovo modo di guardare e nuovo confine che si sposta divenendo, talvolta, un nuovo limite che mi insegna quale è la giusta vicinanza, che mi permette di vedere e mettermi in ascolto, in maniera intenzionale e autentica, dignitosa e rispettosa di chi incontro sulla mia strada di curante.

I miei colleghi, invece, a volte, appaiono imbarazzati.

La mia postura li mette a disagio.

Non ritengono necessaria questa mia inclinazione, preferiscono un corpo intubato ad un corpo che piange, scelgono di non comprometersi per mantenere l’equilibrio, forniti di tempo, strumenti e formazione capace di sostenerli in questo percorso di cura dell’altro e di sé.

Ed io allora abbraccio anche loro, in uno slancio di tenerezza e di affetto.

Loro che come me hanno bisogno di cura, loro che forse hanno paura, che forse si sono rassegnati e sono stanchi, che non sanno come fare, che non riescono ad immaginare altre strade, che barattano un falso equilibrio in cui il conto da pagare è una insoddisfazione perenne per una relazione disconnessa.

E a loro che vorrei dire che le emozioni sono alleate preziose.

Perché se le ascoltiamo e impariamo a riconoscerle e gestirle in un processo continuo di alfabetizzazione emotiva, sono in grado di aumentare il nostro benessere psicologico e professionale divenendo un fattore di protezione contro i fenomeni di affaticamento emotivo.

Perché concorrono a sviluppare empatia, ascolto attivo e modalità comunicative efficaci.

Perché sviluppano modelli di leadership etici e democratici in grado di ispirare e motivare.

Perché sono in grado di produrre un cambiamento duraturo sui nostri circuiti neuronali, ci permettono di aprire lo sguardo ed offrirci numerose possibilità di realizzazione personale.

emozionario
dei professionisti sanitari
cambia il modo, cambia il mondo

DONATELLA CALLEGARO

Coordinatore Infermieristico CSM Rivoli ASL T03
Docente Corso di Laurea Infermieristica

IRENE OLANDA

Coordinatore Infermieristico CSM Orbassano ASL T03
Docente Corso di Laurea Infermieristica
e corso di laurea Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica

TERESA PIACENZA

Coordinatore Infermieristico CSM Grugliasco ASL T03
Docente Corso di Laurea Tecnici
della Riabilitazione Psichiatrica

L'INFERMIERE A CONTATTO CON LE EMOZIONI

**ABSTRACT**

Il saper riconoscere le emozioni che esistono nella persona che cura e nella persona assistita è la condizione necessaria per poter affrontare gli eventi della vita.

Attraverso le funzioni terapeutiche quali, il contenimento, l'ascolto attivo e la rêverie, l'infermiere entra in relazione con la persona assistita al fine di restituire consapevolezza e capacità di riconoscere le emozioni.

Le strategie di cura prevedono l'utilizzo di tecniche relazionali ed emotive necessarie per sviluppare l'intelligenza emotiva.

La costruzione di una leadership emozionale favorisce il fronteggiamento di situazioni stressanti nelle quali è necessario far leva per attivare strategie di coping.

PAROLE CHIAVE

Ascolto, emozioni, assistenza infermieristica, salute mentale.

ABSTRACT

Knowing how to recognise emotions that the care giver and patient are experiencing is a necessary condition to deal with life events.

Through therapeutic functions such as holding, active listening and rêverie, the nurse builds a relationships with the patient in order to promote awareness and the ability to acknowledge emotions.

The strategies used during treatment, include the use of relational and emotional techniques that are needed to develop emotional intelligence.

The building of an emotional leadership enhances the ability to face stressful situations that may need to activate coping strategies.

KEY WORDS

Listen, emotions, nursing, mental health.

SIGNIFICATO DELLE EMOZIONI

“...Soggetto- oggetto complesso e camaleontico..”, così E. Borgna (2001) definisce le emozioni nel suo libro l’Arcipelago delle emozioni.

Quando si parla di emozione e sentimento vi è talvolta la tendenza ad attribuire loro lo stesso significato; tuttavia il loro senso, il loro valore, il loro peso si esprime e si manifesta attraverso processi unici e individuali

L’etimologia della parola “emozione” (da *ex – movere*, fuori + muovere) ci conduce a individuarla come una forza dinamica volta alla ricerca del piacere al fine della conservazione della specie, prima che la mediazione razionale possa intervenire. Possiamo immaginare la sua dinamica come un triangolo che ha un inizio crescente, un picco, espresso dal vertice e una fase di discesa. Le emozioni sono quindi delle reazioni affettive

intense, con insorgenza acuta e di breve durata, determinate da uno stimolo interno o esterno che provocano modificazioni a livello somatico, psichico e vegetativo.

La formazione delle emozioni avviene già alla nascita: a due mesi i neonati sono

in grado di discriminare le espressioni facciali degli adulti attribuendovi uno stato emotivo, di imitare le espressioni altrui e soprattutto di regolare la propria risposta emotiva sulla base degli indici espressivi forniti dalle figure di riferimento. Tra il quarto e il nono mese di vita si delineano le emozioni di base (rabbia, paura, gioia, tristezza, vergogna, disgusto, sorpresa) da cui deriveranno tutte le altre emozioni che dopo il primo anno di età saranno definite “emozioni sociali”.

I sentimenti, intesi come condizione cognitivo-affettiva più duratura delle emozioni con cui l’individuo vive i suoi stati soggettivi e gli aspetti del mondo esterno, si formano invece entro il terzo anno di età del bambino. È in questa fase della vita che il soggetto sviluppa le cosiddette mappe emotive, ovvero sistemi che nascono per definire

le modalità di sentire ciò che accade nel mondo e di reagire in modo proporzionato agli eventi di vita. Sono perciò elementi fondamentali per la costruzione di relazioni e legami. È attraverso il riconoscimento di ciò che il bambino esprime, che si forma la sua stessa identità. Spesso i bambini comunicano il loro mondo attraverso il disegno che, mostrato alle figure di riferimento, attribuisce loro un rimando fondamentale. Non fornire la giusta conferma a questa comunicazione, perché, ad esempio, il genitore indaffarato che non presta la necessaria attenzione al disegno del figlio, rischia di restituire al bambino un’identità negativa (“tu non esisti”). Galimberti (2021) sostiene l’importanza di un atteggiamento di cura da parte dei genitori nel periodo in cui il bambino comincia a “sentire” e a descrivere ciò che prova per contribuire alla formazione della sua stessa identità e alla sua intelligenza emotiva

che si svilupperà nel corso di tutta la vita.

Ma che cosa accade quando non vi è la capacità di riconoscere le proprie emozioni? È possibile governarle ugualmente?

Galimberti (2007) afferma che ognuno di noi possiede

un proprio e unico mondo emotivo sconosciuto di cui non conosce neppure il nome. Ma se io non conosco che cosa provo e sento, come posso governare me stesso e quello che mi sta intorno? Come posso relazionarmi con l’altro se non conosco le emozioni che posso sentire nel momento dell’incontro? Subentra così il concetto di analfabetismo emotivo che secondo Golemann (1995) è l’incapacità di riconoscere e controllare le proprie emozioni.

Se l’educazione ai sentimenti e alle emozioni risulta carente, subentra allora l’indifferenza emotiva con il conseguente rischio di manifestazioni psichiche di disagio che spesso gli infermieri della salute mentale si trovano ad affrontare nella relazione di cura, con strategie quali il contenimento, l’ascolto e la *rêverie*.

[La parola *rêverie* importata dal francese (*rêve*

Non voglio essere
in balia delle mie emozioni.
Voglio servirmene,
goderle e dominarle.

Oscar Wilde, *Il ritratto di Dorian Gray*.

“sogno”) è utilizzata nella lingua italiana, soprattutto nel linguaggio della critica letteraria, artistica e musicale, con il significato di fantasmagoria ossia come condizione di chi si abbandona al fantasticare.

In psicoanalisi la *rêverie* è un concetto che fa riferimento a uno stato mentale recettivo e inconscio in cui la madre crea nuovi modi di comprendere ciò che il bambino cerca di comunicare]

IL VALORE DEL CONTENIMENTO

Bion (1971) descrive la funzione “contenitore – contenuto” come la funzione base di un sano apparato mentale, nei confronti del quale la mamma svolge la funzione di contenitore e di contenimento dell’oggetto proiettato dal bambino, ossia del contenuto.

Il contenimento svolge, anche al di fuori della sfera genitoriale, una funzione di involucro protettivo, di comprensione e di riconoscimento individuale di grande valore terapeutico

L’infermiere, infatti, attraverso questa funzione, offre alla persona assistita un *setting* emotivo di cura, attraverso la riconsegna di gesti con lo scopo di tenere insieme la frammentazione psichica, espressa da comportamenti afinalistici e angoscienti, determinati dalla paura e dall’angoscia del paziente; *setting* entro il quale la persona può sperimentare nuove forme e nuove sensazioni in uno spazio di sicurezza.

La funzione di contenitore assume valore te-

rapeutico quando l’infermiere (si) predisporre all’incontro attraverso gesti semplici e azioni amorevoli, quali un sorriso autentico, una stretta di mano, il suono della voce calda e pacata, una sedia confortevole in un luogo tranquillo e privo di sollecitazioni esterne ed estranee.

Il contatto è un gesto di cura che restituisce il messaggio di aiuto, ma che richiede, da parte dell’infermiere, la sensibilità e la capacità di capire quando, quanto e come avvicinarsi o sottrarsi da un corpo sofferente.

IL VALORE DELL’ASCOLTO

Oltre al contenere, nell’agire professionale infermieristico, troviamo la funzione terapeutica dell’ascolto.

L’ascolto attivo non si limita alla raccolta di informazioni ma presuppone una modalità relazionale che assolve al desiderio di essere ascoltati e compresi.

L’azione dell’ascolto va incontro al bisogno (non sempre esplicito) della persona di sfuggire all’isolamento e colmare la distanza della relazione. Per ascoltare, occorre avere la passione per la musica, per i suoni che gli altri producono, senza la pretesa che il significato sia razionalmente descritto (Di Benedetto 2002). Tale atteggiamento favorisce l’espressività del paziente, spesso erroneamente interrotta da interpretazioni o anticipazioni al fine di colmare vuoti, per far affiorare sentimenti ed emozioni profonde.



IL VALORE DELLA RÊVERIE

La *rêverie*, che è una funzione che spesso comporta una relazione molto intensa tra infermiere e paziente, viene definita da Bion (1962) come un vagare sognante della mente alla ricerca di immagini, un fantasticare senza un obiettivo preciso, un lasciare andare un pensiero dopo l'altro, in una catena associativa senza scopo pre-determinato, ma sollecitata dal rapporto che si sta vivendo. Pertanto tale funzione si attiva solo nel momento in cui c'è un rapporto stretto tra infermiere e paziente, quando la relazione apre le porte alle condivisione delle emozioni.

In questa dimensione l'atteggiamento di ascolto attivo, privo di pregiudizi e aspettative da parte dell'infermiere, favorisce nella persona l'identificazione proiettiva, per cui le informazioni sensoriali percepite si trasformano in immagini visive utili per ri-costruire forme adeguate di comprensione e interpretazione.

Questa funzione estremamente fragile, evanescente, intima consente di andare oltre a ciò che appare nella forma e nel contenuto espresso dalla persona e cogliere elementi in assoluto contrasto con ciò che emerge nell'interazione. Si pensi ad esempio come la *rêverie* può trasformare l'immagine di un paziente spocchioso e arrogante in un "pulcino bagnato".

In questa dimensione l'infermiere e l'èquipe di cura possono rileggere il bisogno e trovare nuove risposte fatte di gesti, parole e azioni.

IL VALORE DELL'INTELLIGENZA EMOTIVA

Mente e cuore sono due parti complementari che spesso vanno in conflitto tra loro, in quanto le emozioni comandate dal cuore, potenti e tumultuose, prevaricano sugli strumenti della ragione. Golemann (2010) afferma che le emozioni che sfuggono al controllo possono rendere stupido un uomo intelligente. A detta dell'autore infatti la competenza emotiva è necessaria per esprimere il proprio talento e identità.

Le persone che hanno consapevolezza delle proprie emozioni sono in grado di comprenderne l'utilità, si rendono perciò conto del legame fra i propri sentimenti e i propri pensieri, azioni, affermazioni, riconoscendo il modo in cui i sentimenti influiscono sulla loro prestazione, ovvero sono in grado di lavorare con l'intelligenza emotiva.

L'intelligenza emotiva si può apprendere imparando a riconoscere le emozioni proprie e altrui. Secondo Golemann (2010) l'intelligenza emotiva è la capacità di capire i sentimenti degli altri al di là delle parole e permette all'essere umano di governare le proprie azioni utilizzando l'empatia, l'autocontrollo.

Se manca questa competenza le emozioni fuori controllo sviano le intenzioni; si avrà pertanto, difficoltà a mantenere la motivazione e a sintonizzarsi con i sentimenti delle persone con cui si entra in relazione. Le emozioni possono prendere il sopravvento allontanandoci dai nostri obiettivi di vita, isolandoci dall'altro, entrando in un'esistenza che può essere fatta di solitudine, rabbia, aggressività auto ed eterodiretta, lontana dal cuore e dall'ascolto di se stessi e dell'altro.

EMOZIONI, LINGUAGGIO E SOCIAL MEDIA

Una volta era l'*Agorà*, la piazza in cui chiunque poteva esprimersi.

Qui il linguaggio fluiva liberamente: alcune persone parlavano, altre ascoltavano e il linguaggio si evolveva insieme a esse.

Poi è arrivata la scrittura, la stampa, la stampa mobile, che hanno garantito una maggiore diffusione dei prodotti culturali e con essa l'ulteriore evoluzione del linguaggio.

Oggi le piazze sono diventate virtuali e sono nati i *social network* digitali sostituendo la parola con nuove forme di comunicazione

Pertanto, il saper riconoscere le emozioni diventa oggi un prerequisito fondamentale per concorrere allo sviluppo di un pensiero critico, collaborativo e multidisciplinare che costituisce la *skill competence* per eccellenza richiesta ai giovani di oggi.

Genitori, formatori e operatori della salute si confrontano costantemente con il processo inesorabile dell'inserimento informale e formale della tecnologia sul percorso di crescita delle nuove generazioni, posizionandosi, ancora oggi, su versanti estremi.

Il conoscere le emozioni, come la gioia, la tristezza, la rabbia, l'imparare ad apprenderle, a riconoscerle, a condividerle, a rifletterci su, è una delle chiavi di prevenzione verso un uso consapevole e responsabile dei nuovi *devices*.

Secondo Galimberti (2021) i nativi digitali, non

si rendono conto che gli strumenti di comunicazione che quotidianamente frequentano, non sono un “mezzo” che possono impiegare a loro piacimento, ma sono un “mondo” che nel momento stesso in cui li ospita, condiziona il loro modo di pensare e di sentire.

La rete proprio perché non è un mezzo ma un mondo che non lascia altra scelta se non quella di parteciparvi o starne fuori.

I nativi digitali condividono le loro emozioni di gioia, entusiasmo eccitazione ma anche di ansia, rabbia, noia, solitudine utilizzando i *social network* che oramai sono diventati il loro luoghi di incontro che sostituiscono gli incontri reali.

La psicopatologia evolutiva, manifestata attraverso fenomeni quali il ritiro sociale e il *cyberbullismo*, evidenzia l’incapacità di leggere e interpretare i propri e altrui stati d’animo.

UNO SGUARDO INFERMIERISTICO SULLE EMOZIONI DELLE PERSONE ASSISTITE

L’infermiere nell’esercizio della sua funzione, entra a pieno titolo, nel campo della salute mentale, in questo mondo nel quale l’emozione sembra essere minata dal digitale, dal non sentire e dalla difficoltà a identificare le emozioni a tal

punto da assurgere a fenomeni psicopatologici. La persona depressa, ad esempio, prova emozioni quali senso di colpa, tristezza, senso di impotenza, ansia e apatia.

Le sue emozioni possono essere negative: spesso pensa di essere un peso, di non valere nulla. I pazienti affetti da depressione hanno una scarsa autostima. In alcune situazioni possono descrivere le emozioni come congelate.

L’infermiere attraverso l’ascolto e l’accettazione positiva incondizionata trasmette al paziente che la percezione dello stato emozionale è temporaneamente sopita e congelata; individuando obiettivi facilmente raggiungibili affinché la persona riesca ad ottenerli senza particolare difficoltà e in questo modo, percepire che potrà farcela, con i suoi tempi, e che nulla è perduto. Attraverso la definizione di piccoli obiettivi la sensazione di inutilità sarà ridotta, soprattutto se l’infermiere fornisce alla persona rimandi sui successi raggiunti, gratificandola e trasmettendole fiducia. Attraverso l’ascolto attivo l’infermiere potrà accogliere e contenere le emozioni negative e l’autodistruttività che la persona può provare.

Le emozioni dei pazienti con disturbi di personalità si esprimono attraverso la difficoltà a tollerare la noia, la demotivazione; vivono una intensa paura di essere abbandonati, percependo



le emozioni in modo intenso e incontrollabile. Nella relazione con queste persone l'infermiere spesso ha l'impressione di "essere su una montagna russa", perché a tratti la persona lo gratifica e gli trasmette entusiasmo, ma subito dopo lo respinge dimostrando rabbia, demotivazione, aggressività. La frustrazione che può provare l'infermiere è simile a quella che prova la persona assistita. Per questo, egli deve saper riconoscere quali emozioni si possono scatenare in lui. Le emozioni della persona assistita, se non riconosciute come appartenenti a una manifestazione patologica, potrebbero indurre una reazione da parte del professionista, che potrebbe essere tentato di sottrarsi al confronto (scappare), oppure lasciarsi fagocitare.

Quando si parla di persona affetta da un disturbo di personalità si pensa alla disregolazione emotiva, che provoca nella persona difficoltà a vivere la propria quotidianità, depressione e isolamento sociale, fatica nell'esprimere le proprie emozioni, che possono esplodere in agiti eteroaggressivi o autoaggressivi, fino a incorrere in gesti anticonservativi e autolesionistici.

Molti riferiscono che "non sentono nulla se non il dolore provocato da tagli." In queste situazioni, l'infermiere può intervenire supportando la persona ad individuare strategie per favorire la

regolazione emotiva: esercizi fisici, meditazione, esercizi di rilassamento. Può anche, attraverso l'ascolto, contenere le angosce della persona trasmettendole accettazione e non giudizio. Stare accanto ad una persona che esprime gesti di violenza e rabbia le esprime il fatto che, le sue espressioni emotive, seppure espresse in modo incontrollato, non determinano abbandono da parte dell'infermiere.

Spesso la persona con disturbo di personalità non ha voglia di aspettare: entra, ad esempio, in un ufficio postale per ritirare la pensione e pretende di essere servito subito, oppure entra in un ambulatorio senza appuntamento e chiede in modo insistente di essere visitato.

In situazioni simili l'infermiere può aiutare la persona a mitigare il proprio stato d'animo consigliandole di non andare a ritirare la pensione i primi giorni del mese quando c'è coda, oppure invitarla a segnarsi l'appuntamento con il medico. Borgna (2014) afferma che noi entriamo in relazione con il prossimo in modo intenso nel momento in cui proviamo forti passioni e forti emozioni in questi incontri.

Se vogliamo rapportarci in modo autentico con l'altro non possiamo esonerarci dal suscitare in noi emozioni.

A questo proposito, la persona affetta da schizofrenia, può presentare sintomi negativi caratterizzati dalla riduzione dell'emotività e dell'affettività, anedonia, apatia.

All'interno del Programma Motivation and Engagement Training (MOVE) (Ritch e Velligan, 2015) una parte di interventi è volta all'elaborazione delle emozioni con l'obiettivo di intervenire sull'apatia e sull'affettività ridotta, attraverso una serie di esercizi volti a identificare e sperimentare emozioni, aiutando la persona a connettersi con la propria esperienza emotiva e a provare emozioni positive, o fondamentali per rapportarsi con gli altri e per prefiggersi altri obiettivi. Il Poster dell'emozione (Ritch e Velligan, 2015) è uno strumento che l'infermiere può usare per aiutare gli assistiti che mostrano difficoltà a capire il significato delle emozioni, per sviluppare una comprensione completa di sei "emozioni di base" (felicità, tristezza, rabbia, sorpresa, paura e vergogna) collegando le definizioni delle medesime alle loro espressioni facciali, o alle circostanze che le hanno generate.



Le persone sono incoraggiate a lavorare con l'infermiere per elaborare e trascrivere una definizione appropriata per ciascuna emozione. Le definizioni possono essere semplici, come ad esempio: "La rabbia è un brutto sentimento che si prova nei confronti di una persona quando fa qualcosa di sbagliato nei tuoi confronti". Parimenti sono incoraggiate a pensare e a riportare sul poster le circostanze nelle quali, nel corso della loro vita, hanno sperimentato ciascuna delle emozioni.

Un'altra tecnica che il professionista può utilizzare nel campo del governo delle emozioni è quella narrativa denominata "show don't tell", attraverso la quale la persona non solo racconta un'emozione, ma la descrive. Ad esempio, se una persona racconta che è arrabbiata, trasmette esclusivamente una informazione; se, invece, mostra con il suo comportamento come è arrabbiata, quando è arrabbiata, perché è arrabbiata, evocerà l'emozione.

UNO SGUARDO INFERMIERISTICO SULLE PROPRIE EMOZIONI

Gli infermieri vivono quotidianamente stimoli emozionali, di varia intensità, ad alto grado di spiacevolezza. Nello scenario pandemico appena trascorso, ad esempio, le emozioni comunemente provate sono state ansia, paura, rabbia, tristezza ma, in alcuni casi, anche eccitamento, gioia e un forte senso di identificazione nella professione infermieristica; nei loro confronti diverse strategie di *coping* che possono essere focalizzate o direttamente su di esse, oppure sul problema che le ha generate; da uno studio condotto ad Anuih in Cina (Patassini, et al., 2021) durante l'attuale pandemia COVID-19 è emerso come la paura e la rabbia abbiano indotto a scegliere strategie differenti.

Gli infermieri che hanno manifestato paura hanno optato per un *coping* focalizzato sul problema cercando di comprenderne le cause e apprendendo nuove capacità per affrontarle al meglio. In altre parole, le strategie incentrate sulle difficoltà mirano ad eliminare la fonte dell'evento stressante.

Gli infermieri che hanno percepito un senso di rabbia hanno utilizzato un *coping* incentrato sulle emozioni, che si sono manifestate durante l'evento stressante o conflittuale, nel tentativo di

alleviare, ridurre o prevenire il disagio da esso derivante, reagendo in vari modi:

- fuggendo dal disagio emotivo, evitandolo o prendendo le distanze da esso;
- rivalutando lo stress e cercando di trovare un significato più positivo al fine di ridurre la componente emotiva negativa (rivalutazione positiva);
- accettando eventuali colpe o responsabilità della causa scatenante l'evento;
- esercitando l'autocontrollo;
- cercando un supporto sociale.

Il concetto di *coping* può essere definito come la capacità di affrontare e risolvere i problemi, ovvero l'insieme di strategie mentali e comportamentali messe in atto per fronteggiare una situazione critica (Beasley, et al., 2003). La capacità di *coping* si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi ma anche al governo delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi.

Questi due aspetti sono ugualmente importanti: non sarebbe utile infatti sapere risolvere concretamente un problema senza al contempo sapere governare in maniera fisiologica le emozioni scatenate dal problema stesso. Ogni evento in grado di produrre una reazione emozionale potrebbe essere definito come avvenimento stressante (Pancheri, 1993), per cui uno stimolo produrrà o meno una reazione di stress a seconda di come viene interpretato e valutato (Lazarus, et al., 1984).

Le strategie di *coping* efficaci, utilizzate dagli infermieri sono:

- il *debriefing*, post urgenza è fondamentale, ma raramente viene attuato nelle realtà cliniche; il confronto e la discussione servono a rielaborare le azioni, i vissuti degli operatori e a capire cosa si potrebbe migliorare in futuro o anche cosa potrebbe non aver funzionato. È un momento di recupero psicologico importante. L'assenza di dialogo al termine di questi eventi lascia spesso dei quesiti irrisolti e delle residue emozioni negative. I rari casi in cui i *debriefing* vengono attuati sono a carattere informale e si verificano solo quando gli infermieri sono francamente spossati o colpiti dall'evento accaduto. Sarebbe invece utile che divenissero strutturati e si svolgessero al termine di situazioni particolari;

- la resilienza, cioè il mantenere un atteggiamento realistico che permetta di adattarsi alla realtà in maniera consapevole in modo da considerare gli eventi negativi e traumatici come opportunità da sfruttare e da cui trarre utili stimoli per la propria crescita e per migliorare la propria vita e non come minacce sotto le quali soccombere;
- l'*humor*: l'umorismo può essere utilizzato per ridurre al minimo il carico stressante, per trovare sollievo e per provare un senso di controllo in quelle situazioni in cui l'evento stressante provoca sensazioni di impotenza;
- la scrittura riflessiva che favorisce la rielaborazione delle emozioni vissute vicariando la comunicazione verbale;
- il supporto dei colleghi al fine di promuovere rapporti di fiducia all'interno del proprio contesto, condividendo sapere ed esperienza.



LA LEADERSHIP EMOZIONALE

La *leadership* emozionale si fonda sulle competenze riconducibili all'intelligenza emotiva (Goleman 2002) che è la capacità di essere competente nella sfera emotiva di riconoscere e governare le proprie e le altrui emozioni al fine di motivare sé stessi e migliorare i rapporti con gli altri (Goleman, 2006).

Daniel Goleman, autore della teoria sull'intelligenza emotiva, ritiene che questa consenta di raggiungere il successo nella vita privata, lavorativa e scolastica, permettendo alle persone di divenire più cooperative ed efficaci con i membri di un gruppo e di migliorare le abilità necessarie per lavorare a tutti i livelli.

La competenza emozionale della *leadership* include la consapevolezza di sé e la gestione di sé, per le "competenze personali", e la consapevolezza sociale e la gestione dei rapporti, per le "competenze sociali" (Goleman, 2002).

La competenza emotiva è una capacità appresa, basata sull'intelligenza emotiva che da come risultato una prestazione professionale eccellente. Le capacità dell'intelligenza emotiva sono importanti per l'apprendimento delle competenze professionali e per avere successo nel lavoro (Goleman, 1995). È stata evidenziata una stretta correlazione tra intelligenza emotiva dei *leader* e benessere lavorativo degli infermieri da cui risultano minor stress emozionale e sintomi psicosomatici,

maggior benessere emotivo e lavorativo (Gorgens-Ekermans, Brand, 2012; Karimi et al., 2013), collaborazione, *teamwork* con i medici e una maggiore soddisfazione dei pazienti per le cure infermieristiche ricevute (Akerjordet e Severinsson 2008).

L'intelligenza emotiva, quindi, può essere considerata una delle principali componenti della *leadership* infermieristica efficace (Herbert e Edgar 2004).

I *leader* infermieristici emozionalmente intelligenti sono quelli che dimostrano quelle caratteristiche distintive che includono l'abilità di identificare le emozioni in sé e negli altri e di saperle usare opportunamente (Kerfoot, 1996).

I *leader* con un alto livello di intelligenza emotiva guidano le emozioni positivamente, facendo uscire il meglio in tutti i membri di un'organizzazione e collegandosi con loro ad un livello emozionale, infondendo vitalità ed energia nel luogo di lavoro (Snow, 2002).

I gruppi di lavoro mostrano la massima proattività quando vi è una elevata intelligenza emotiva nel leader del team, fatto che conduce a risultati più innovativi (Erkutlu, Chafra, 2012).

Questi *leader* infermieristici sono validi modelli di ruolo e conducono le attività razionalmente ma con passione, favorendo una cultura e un clima di alta qualità dell'assistenza infermieristica, indirizzando produttivamente il lato



emozionale del loro staff, dei pazienti e delle loro famiglie (Vitello-Cicciu, 2002 e 2003).

Un *leader* con una sviluppata intelligenza emotiva è sensibile ai segnali dello staff e usa le competenze emozionali per affrontare il conflitto, trasmettere empatia, contestualizzare le decisioni, esercitando un'influenza positiva sulle dinamiche ambientali (Davis 2005, Reeves 2005).

I *leader* con intelligenza emotiva assicurano un impegno per raggiungere l'eccellenza nella pratica, utilizzandola nelle relazioni e promuovendo il miglioramento: nel pensiero critico, nel *decision-making* e nella distribuzione delle cure (Goleman 1995, Strickland 2000, Snow 2001).

L'intelligenza emotiva è importante nell'esercizio della *leadership* infermieristica, contribuisce ad un processo di *empowerment* positivo nell'organizzazione, conduce a trattare gli individui come esseri umani unici, con cui avere un'autentica empatia e un rispetto per le esperienze altrui (George, 2000 e Snow, 2002).

L'Intelligenza emotiva è considerata da molti ricercatori come un'abilità necessaria per esercitare una *leadership* infermieristica efficace (George 2000; Herbert e Edgar, 2004).

CONCLUSIONI

Le emozioni si possono esprimere attraverso le parole, i silenzi, le lacrime, i sorrisi.

Nell'incontro con l'altro gli sguardi si riflettono attraverso mille colori, i corpi che si chiudono o si aprono.

L'incontro di emozioni renderà sempre la relazione speciale e unica.

Se vi sarà sintonia emozionale tra chi cura e chi viene curato non saranno necessarie troppe parole, basterà un silenzio carico di rispetto, autenticità e ascolto.

Pertanto nell'agire infermieristico, non è adeguato pensare che ci siano emozioni positive o negative, in quanto entrambe hanno una fondamentale funzione evolutiva che può aiutare a comprendere i bisogni insoddisfatti e agire con lo sguardo volto verso la *recovery*.

BIBLIOGRAFIA

- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2008). Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nursing Management*, 16: 565-577

- Beasley M, Thompson, Davidson J (2003) Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34: 77-65
- Bion W.R. (1971) Esperienze nei gruppi, Armando, Roma
- Borgna, E. (2014) La fragilità che è in noi, Einaudi, Torino
- Borgna E. (2020) Speranza e disperazione, Einaudi, Torino
- Borgna E. (2002) L'arcipelago delle emozioni, Feltrinelli, Milano
- Borgna E. (1997) Le figure dell'ansia, Feltrinelli, Milano
- Davis, C. (2005). Can you read the emotional radar? *Nursing standard*, 20: 26-27
- Di Benedetto A. (2002) Prima della parola. L'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte, Angeli, Milano
- Erkutlu, H., Chafra, J. (2012). The impact of team empowerment on proactivity. The moderating roles of leader's emotional intelligence and proactive personality. *JHOM Journal of Health Organization and Management*, 26 (5): 560-77
- Ferruta A. (2001) Un lavoro terapeutico: l'infermiere in psichiatria, Angeli, Milano
- Galimberti, U. (2007) L'ospite inquietante. Feltrinelli, Milano
- George, J. M. (2000). Emotions and leadership: the role of emotional intelligence. *Human Relations*, 53 (8): 1027-1055
- Galimberti, U. 2021 Il libro delle emozioni. Feltrinelli, Milano
- Goleman, D. (1995) Intelligenza emotiva. Che cos'è perché può renderci felici. Rizzoli BUR Saggi, Milano
- Goleman, D. (2000). Lavorare con l'intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro. Rizzoli BUR Saggi, Milano
- Goleman, D., Boyatzis, R.E., & McDee A. (2002) Essere Leader. Rizzoli BUR Saggi, Milano
- Goleman, D. (2006). Intelligenza sociale. Rizzoli BUR Saggi, Milano
- Goleman, D. (2010) Lavorare con intelligenza emotiva, BUR, Milano
- Gorgens-Ekermans, G, Brand, T. (2012) Emotional intelligence as a moderator in the stress–burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16):2275-85
- Herbert, R., Edgar, L. (2004). Emotional intelligence: A primal dimension of nursing leadership? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17 (4): 56-63
- Kerfoot, K. (1996). The Emotional side of leadership: the nurse manager's challenge. *Nursing Economics*, 14 (1): 59-62
- Lazarus RS, Folkman, S (1984) Stress, appraisal and coping. Springer, New York.
- Liberman R.P. (2012) Il recovery dalla disabilità, Fioriti, Roma
- Nichols M.P. (1997) L'arte perduta di ascoltare, Positive Press, Verona
- Pancheri, P (1993) The clinical picture of anxiety. The problems and prospects. *Recenti Progressi in Medicina*, 84:127-128
- Patassini, V., Ripa, P., Biscotti, R., Rimordi, E. Le emozioni e relative strategie di contenimento degli studenti di infermieristica nel contesto pandemico: una revisione della letteratura. *Italian Journal of Nursing*, 36:14-19
- Ritch Janice L, Velligan Dawn I. (2015) Programma Motivation and Engagement Training (MOVE) per i sintomi negativi e il deterioramento funzionale nella schizofrenia. (traduzione e adattamento di Soro G., Boggian I. et al, UT Health San Antonio)
- Snow, J. L. (2002). Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees. *Journal of nursing*, 32 (7/8): 393-397
- Strickland, D. (2000). Emotional intelligence: the most potent factor in the success equation. *Journal of nursing administration*, 30 (3):112-117
- Vitello-Cicciu, J. M. (2002). Exploring emotional intelligence. Implications for nursing leadership. *Journal of nursing*, 32 (4):203-210
- Vitello-Cicciu, J.M. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management*, 34 (10):29-32.

AURORA LO BUE

Antropologa culturale, danzavimentoterapeuta
aurora.lobue@gmail.com

ELEONORA SPINA

Antropologa culturale, mediatrice etnoclinica
spina.eleonora1985@gmail.com

ADDOMESTICARE LE EMOZIONI: RIFLESSIONI SULLA PLASTICITÀ E VARIABILITÀ CULTURALE DEI VISSUTI E DELLE RISPOSTE EMOZIONALI UMANE

*Nella "schiuma
dei giorni",
l'uomo tesse
la sua avventura
personale, invecchia,
ama o si separa,
prova del piacere
o del dolore,
indifferenza o collera.*

(D. Le Breton)

ABSTRACT

Il seguente articolo affronta il tema delle emozioni da un punto di vista antropologico. Ci interroghiamo su che cosa siano le emozioni, quel mondo di esperienze e comportamenti che assottigliano le separazioni fra mente e corpo, natura e cultura, individuo e società, e che rivelano il loro carattere costruito e addomesticabile culturalmente. Alcuni casi etnografici, come sempre utilizzati dall'antropologia per evitare astrazioni e calare la teoria nel concreto della realtà, ci fanno riflettere sulla possibilità di raccogliere la sfida a relativizzare i nostri giudizi rispetto a emozioni "incomprensibili", che finiscono per essere considerate inadeguate. Riaffermano la necessità di contestualizzare i comportamenti umani e renderci più disponibili a guardare anche noi stessi come inseparabili dall'ambiente relazionale in cui ci muoviamo.

PAROLE CHIAVE

Emozioni, corpo, sensorialità, cultura, potere, relativismo.

ABSTRACT

The following article deals with the theme of emotions from an anthropological point of view. We ask ourselves what emotions are, such as a world of experiences and behaviors which can reduce the distance between mind and body, nature and culture, individual and society, and which reveals its cultural nature.

Some ethnographic cases, always used by anthropology to avoid abstractions and put the theory into reality, make us reflect on the possibility of taking up the challenge of relativizing our judgments about "incomprehensible" emotions that often end up being considered inadequate.

They claim the need to contextualize human behavior, making us more open to see ourselves as inseparable from the relational environment in which we live.

KEY WORDS

Emotions, body, sensoriality, culture, power, relativism.



INTRODUZIONE

Mente e corpo, soggettività e oggettività, individuo e società, privato e pubblico, natura e cultura, scienza e superstizione, emozione e ragione. Potremmo continuare ad elencare una serie molto ampia di opposizioni come queste, e sicuramente a chi legge sarà venuto in mente qualche altro binomio da aggiungere alla lista. La storia

e il pensiero occidentale sono percorsi da fratture e dicotomie come quelle appena citate, da una dualità che è categoria di pensiero e che diventa orientamento all'azione. In queste pagine affronteremo il tema delle emozioni da un punto di vista antropologico, provando a sfumare i confini che pretenderebbero di separare nettamente il dominio biologico da quello culturale e mettendo in

luce le connessioni fra il “sentire” individuale e le dimensioni collettive della socialità, che contribuiscono a plasmarlo, educarlo, definirlo.

1. Emozioni e dove trovarle

A partire dagli anni Settanta, si fanno strada nel campo dell'antropologia piste di ricerca fino ad allora poco esplorate: il corpo e i suoi vissuti (perceptivi, affettivi, emotivi) riemergono dall'oblio in cui si erano trovati per lungo tempo nella storia della disciplina, e vengono problematizzati e ridefiniti nel significato in modo nuovo. È in questo periodo che si sviluppano l'antropologia medica, l'antropologia dei sensi, l'antropologia delle emozioni come campi di indagine dotati di una loro autonomia, individuando possibili connessioni e dialoghi fra ambiti disciplinari apparentemente distanti.

Trattare di corpo, medicina, sensorialità ed emozioni da un punto di vista umanistico e sociale è piuttosto problematico in una società come la nostra la cui storia del pensiero si è costruita su una crescente separazione e allontanamento fra ciò che è considerato scientifico e ciò che è considerato umanistico. Soltanto negli ultimi decenni si sta recuperando la possibilità - e forse anche la necessità - di riavvicinare i vari terreni disciplinari e di trovare linguaggi comuni che facciano da ponte fra l'uno e l'altro. Per quanto riguarda il corpo nelle sue molteplici sfaccettature e dimensioni, compresa la sfera

delle emozioni, si è soliti pensare che gli specialisti legittimati ad occuparsene appartengano al campo medico-scientifico e biologico. Al di fuori di questo territorio, il corpo e i suoi vissuti rischiano di essere inafferrabili, vaghi e fuori controllo analitico soprattutto per chi si occupa di società, come può essere un sociologo o un antropologo.

Abner Cohen (1974: X) ascrive le emozioni alla sfera della soggettività individuale, intesa come “notoriamente caotica, bizzarra, vaga, ambigua e in larga parte inconscia”. Terreno troppo rischioso questo: meglio occuparsi di quello che gli esseri umani *fanno*, piuttosto che di quello che *sentono* nelle profondità di una soggettività irraggiungibile, anche da un punto di vista metodologico. La predilezione per le dimensioni collettive a scapito di quelle più individuali è riscontrabile nella maggior parte delle narrazioni etnografiche, fino ad anni relativamente recenti.

È inoltre significativo, a questo proposito, l'oscuramento dei vissuti emotivi non solo dei soggetti e delle società indagate nelle etnografie, ma anche dei ricercatori stessi. “C'è una vena puritana che corre lungo le descrizioni fatte dagli antropologi, forse dovuta all'influenza culturale delle società di provenienza e dell'ambiente accademico. [...] Le descrizioni sono accuratamente disincarnate, gli uomini ridotti a figure di informatori, di ruoli ricoperti del sistema sociale” (Marazzi 2017: 28). Quando nel 1967 vennero pubblicati postumi i diari di campo del padre dell'etno-

grafia moderna, Bronislaw Malinowski, ricercatore nelle isole del Pacifico Occidentale nei primi anni del Novecento, si generò un enorme scandalo nell'ambiente accademico. Il tabù spezzato da Malinowski era rappresentato da quelle annotazioni private che raccontavano in maniera esplicita le sue frustrazioni, emozioni e insof-

Johannes Fabian nel 2000¹, nel suo libro intitolato significativamente *Out of Our Minds*, “Fuori di testa”, rivolgendosi il suo sguardo da ricercatore non più su popolazioni esotiche ma su quella ben più familiare degli antropologi sul campo, sfata il mito dell'etnografo razionale, lucido e compassato e rivela come spesso, soprattutto nell'epoca coloniale a cui risal-



ferenze durante il periodo della ricerca sul campo, rivelando una dimensione vissuta e molto umana di un osservatore che è coinvolto con tutto il corpo e con tutti i suoi sensi nel campo di ricerca, e che molto difficilmente può rimanere narratore esterno - ed estraneo a se stesso. D'altro canto, il posizionamento dell'etnografo, sotto il profilo non solo teorico ed ideologico, ma anche, potremmo dire, corporale ed emotivo, è stato progressivamente sempre più problematizzato (sebbene forse non quanto sarebbe necessario), al punto che

gono numerose ed importanti monografie, l'incontro con l'Altro si è consumato nel segno dell'alterazione sensoriale ed emotiva dovuta alla fatica, alle febbri, a comportamenti sessuali sregolati, all'abuso di alcol e sostanze psicotrope e, non da ultimo, alla violenza.

Le trasformazioni sociali, culturali e politiche che si sono verificate a partire soprattutto dagli anni Settanta del Novecento hanno permesso di riconsiderare ruoli e posi-

1 Fabian J. (2000), *Out of Our Minds. Reason and Madness in the Explanation of Central Africa*, University of California Press.

zionamenti dei ricercatori nei confronti dei loro (s)oggetti di studio, di ridimensionare il distacco razionalistico delle narrazioni, lasciando spazio alla tridimensionalità della ricerca, dell'incontro con l'altro e della persona in generale. Nell'antropologia culturale, sono stati rivisitati metodi, presupposti e orientamenti, aprendo nuovi scenari e rivisitando con ap-

blematica. Recentemente ad esempio è stato prodotto uno studio dall'Università belga di Lovanio sulla durata delle emozioni². Tuttavia, per quanto possa sussistere uno sforzo nel quantificare e misurare le emozioni nelle loro manifestazioni, la soggettività e le sue sfumature non consentono di applicare su di esse leggi di funzionamento biologiche così definitive. Ad

tori). L'etimo stesso della parola ci suggerisce questa lettura. Dal latino *e-moveo*, "muovere fuori", le emozioni annunciano prima di tutto un movimento, e un movimento che dall'interno va verso l'esterno, tracciando un collegamento tra il dentro e il fuori, tra ciò che è puramente individuale e soggettivo e ciò che è del mondo, ciò che è fuori da sé. Si tratta dunque di un movimento meccanico? È possibile associare un movimento o una serie di movimenti a un'emozione? Funziona per tutti allo stesso modo? Siamo tutti "programmati" in maniera identica?

Le emozioni sono state oggetto di studi e teorie innatiste, anche di grande successo. Da Darwin (1872), che sosteneva che le emozioni fossero attivazioni di istinti innati come l'autoconservazione, a Ekman (1980), che citeremo anche più avanti, che cercò di correlare una serie di emozioni di base e espressioni facciali "universali".

Gli antropologi ebbero modo di criticare fortemente il lavoro di Ekman, per mancanze metodologiche significative, come l'aver ignorato le circostanze e il contesto delle esperienze emotive dei soggetti coinvolti nella ricerca, di averne trascurato genere, età e posizione sociale, di aver accostato in modo aprioristico e meccanicistico movimenti muscolari facciali a emozioni propriamente dette, di non aver considerato il loro punto di vista, e molto altro ancora (Pussetti 2005a).

Il lavoro antropologico e la produzione etnografica hanno dimostrato infatti come non esista alcun comportamento



procci nuovi alcune categorie nosologiche troppo a lungo oggettivate e reificate, come la stessa categoria "corpo" nelle sue varie accezioni.

Tornando alle emozioni, dove trovarle? Come definirle? Come osservarle?

Sulla definizione delle emozioni il dibattito è sempre aperto. La loro sfuggevolezza deriva innanzitutto dalla varietà di stati psicofisici molto diversi fra loro e difficilmente individuabili e in un certo senso evanescenti, con qualità fin troppo volatili. Alcune emozioni si manifestano in maniera così effimera che la loro misurazione risulta pro-

ogni modo, le neuroscienze si trovano piuttosto d'accordo sul definire le emozioni come risposte a stimoli ambientali che provocano cambiamenti sul piano fisiologico³. Che tipo di risposte? Innanzitutto motorie, e al contempo cognitive e comportamentali.

Su quest'ultimo aspetto vale la pena soffermarsi, e cioè sul fatto che le emozioni siano innanzitutto dei comportamenti (mo-

2 Verduyn P., Lavrijsen S. (2014), Which emotions last longest and why: The role of event importance and rumination. *Motivation and Emotion*, DOI: 10.1007/s11031-014-9445-y.

3 Damasio A. (2000), *Emozione e conoscenza*, Adelphi, Milano.



umano che non sia “lavorato” culturalmente. I comportamenti umani, attraverso il corpo in tutti i suoi gesti ed espressioni, sono sempre appresi socialmente e, per questa stessa ragione, mutevoli a seconda del tempo e dello spazio.

Non solo: ad ogni gesto, movimento o espressione, in ragione della cultura in cui siamo immersi e che contribuiamo a creare e costruire quotidianamente, viene sempre attribuito un significato di qualche genere. Se le teorie innatiste e meccanicistiche sul corpo vedono le emozioni come conseguenze biomeccaniche a stimoli ambientali specifici, governate da un organo meravigliosamente complesso (e ancora misterioso) come il cervello, le ricerche etnografiche e l'antropologia fisica (Leroi-Gourhan 1977) hanno portato, fra le altre, alla formulazione della teoria dell'incompletezza biologica (Geertz 1998), che descrive l'essere

umano come animale incompleto, in grado di sopravvivere soltanto grazie alle relazioni umane che intrattiene e all'attività culturale nel suo ambiente. La fisiologia non solo è profondamente connessa alle relazioni sociali e culturali, ma la cultura, in tutti i suoi aspetti, modifica e incide sulla natura del nostro corpo.

La cultura cioè non è qualcosa che poggia su una dotazione biologica di base universale, ma anzi è essenziale per lo stesso sviluppo dell'organismo umano, compreso anche il cervello e le funzioni neuronali, a cui di fatto si riferisce la maggior parte di ogni sentire, pensare, valutare, agire. In assenza di un ambiente sociale e culturale in cui crescere, l'essere umano sarebbe “informe”, ottuso, incapace, e sarebbe puro caos di emozioni in tumulto (Geertz 1998). In una direzione simile, la letteratura neuroscientifica evidenzia la caratteristica del-

la plasticità del cervello umano in quanto entità che non si sviluppa in maniera schematica e sempre uguale per tutti, ma che si modella sulla base della qualità e della quantità degli scambi con l'esterno.

Mette in rilievo inoltre il carattere fondamentale delle relazioni di ciascun individuo con altri esseri umani e la condivisione con essi di comportamenti emotivi e affettivi per favorire lo sviluppo e la crescita fisica di alcuni distretti cerebrali.

Esistono diverse decine di storie documentate di esseri umani che hanno vissuto alcuni anni della loro vita in isolamento o in contatto con non umani che avvalorano queste posizioni. Si tratta degli *enfants sauvages*, uno fra tutti Victor, il ragazzo selvaggio dell'Aveyron, affidato alle cure del professor Itard.

È il 1800, e il fanciullo ritrovato nei boschi della regione francese rimarrà per alcuni anni con il medico e pedagogo, strenuo

sostenitore della natura sociale dell'essere umano e che tuttavia, dopo lunghi e assidui sforzi, dovrà ricredersi e dichiarare fallita la sua missione, annunciando l'ottusità, l'apatia e l'incapacità di Victor di poter prendere parte al vivere civile. Le emozioni di Victor e le sue percezioni sensoriali al momento del ritrovamento sono già fortemente compromesse, quando non addirittura irrecuperabili: insensibile al caldo o al freddo, con gravi problemi di udito, olfatto e impossibilitato ad imparare a parlare, o a sviluppare un "senso" morale, un comportamento emozionale (Itard 1995; Marazzi 2017: 19-23). La "disabilità" del fanciullo è fisiologica e al contempo relazionale.

Un altro caso analogo a quello di Victor è quello di Caspar

Hauser, giovane di Norimberga che nel 1828 viene raccolto dalla strada. Probabilmente vissuto per molti anni in una cella buia, privato di qualunque contatto umano, conserverà fino alla morte, molto precoce, diverse carenze sensoriali, e rimarrà emotivamente molto impressionabile. Dall'autopsia, emerge una accentuata atrofia corticale, con tutta probabilità dovuta alla mancanza di stimoli sensoriali e all'isolamento (Marazzi 2017).

I casi estremi dei ragazzi selvaggi ci ricordano che la complessità del sentire e dei vissuti emozionali umani va appresa e stimolata, e la cultura in questo senso lascia un'impronta profonda nel corpo e ne plasma le possibilità ricettive ed espressive. Senza cultura e relazioni sociali, le emozioni non avrebbe-

ro modo di manifestarsi - e di manifestarsi "correttamente", cioè in relazione a significati condivisi e condivisibili in relazione al contesto. Non sarebbero cioè intellegibili, codificabili in alcun modo. Il che renderebbe l'esistenza e le relazioni insostenibili.

Se l'emozione è dirigere un comportamento verso il mondo, ciò significa che le emozioni sono forma espressiva imprescindibile per comunicare con l'altro, soggetto o ambiente. In mancanza di una cornice di significato in cui muoversi, e cioè di un contesto sociale e culturale di riferimento, le emozioni rimarrebbero monche, prive di senso, ingovernabili, caotiche. Lo stesso Malinowski, citato poc'anzi, era giunto alla conclusione che qualunque dinamica individuale, anche di tipo psichico-affettivo, va indagata entro una trama di rapporti sociali in uno specifico contesto, al di fuori del quale non avrebbe alcun valore. La vita emozionale degli umani è certamente una risposta motoria e fisica a determinati stimoli, ma comprende anche il processo valutativo, di attribuzione di significato e di valore a quegli stessi stimoli.

Dove si trovano dunque le emozioni? Certamente nel corpo, ma in un corpo vissuto e costituito delle sue relazioni sociali. E anche nel cervello, nei suoi distretti e nelle interazioni neuronali, rivisto però come organo plastico e malleabile, in relazione alle interazioni che ne consentono o ne limitano lo sviluppo. Possiamo osservare le emozioni nei comportamenti motori di ciascun individuo, ma



rendendoci disponibili a non considerare quei comportamenti come universali, poiché il conferimento di significato, base di ogni azione umana, anche quella apparentemente più “involontaria”, è sempre tipico di un sistema sociale che lo veicola e gli attribuisce un valore.

2. Emozioni: cerniere e intersezioni fra sentire individuale e vivere sociale, fra biologia e cultura

Non solo naturali, non solo sociali, le emozioni sembrano essere cerniera fra vari domini. Da un lato possiamo avvalerci della ricerca neuroscientifica che colloca il processo emotivo al livello dell'ipotalamo, del sistema limbico, ma che altresì coinvolge la corteccia e i lobi frontali (aree associate al comportamento sociale). Le teorie di Antonio Damasio (1995, 2000) vanno nella direzione di considerare le emozioni come una combinazione di valutazioni e conseguenze somatiche, proponendo una continuità fra processi fisiologici, emozionali e cognitivi, recuperando così quell'unitarietà fra mente e corpo. A partire dagli anni Settanta comincia ad affermarsi l'interpretazione costruttivista dell'esperienza emozionale: l'emozione deriva dall'interpretazione e dalla valutazione di uno stimolo, ossia da un processo di attribuzione di senso e di valore. Il concetto di *mindful body*, proposto dalle antropologhe Lock e Schepers-Huges (1987), e di *embodiment*, coniato da

Thomas Csordas (1990), inquadrano l'esperienza vissuta come luogo di intersezione fra biologico e culturale. Anche l'influenza della fenomenologia (Merleau-Ponty 2004) è estremamente viva in queste ricerche e teorizzazioni, e fornisce spunti e presupposti di grande importanza nell'evidenziare l'incidenza profonda della cultura su qualunque processo corporeo. Si potrebbe fare ancora un passo oltre. Grazie a ricerche che si collocano negli anni Ottanta, viene dimostrato che le emozioni non solo sono forme espressive di valori culturali socialmente appresi, ma rappresentano anche un linguaggio per strutturare le relazioni sociali stesse. Una ricerca fra tutte, quella di Renato Rosaldo (1980) presso gli Ilongot delle Filippine, conosciuti come “cacciatori di teste”: questa uccisione rituale che segue la perdita di un familiare, non può essere letta se non come strategia non soltanto individuale ma anche collettiva di risposta al dolore del lutto e al conseguente travolgimento dal senso di afflizione e impotenza, generatori di forte rabbia. Rosaldo rintraccia nel dolore e nella sua forza dirompente la chiave di accesso alla comprensione della caccia di teste tra gli Ilongot, sottolinea l'importanza di non scindere i soggetti e le loro azioni dai loro contesti di riferimento, dalle posizioni da essi occupate in quei contesti e dai loro vissuti particolari. Soprattutto utilizza la propria esperienza personale di risonanza con il dolore altrui come categoria analitica attraverso cui descrivere la forza culturale

delle emozioni. Sul dolore e le sue “pragmatiche”, tra l'altro, molto è stato scritto in relazione all'inculturazione e alla sua incidenza nel regolare l'espressione e la sensazione di dolore, variabile a seconda del suo significato culturale, della sua legittimità e della possibilità o meno di essere manifestato ed espresso, regolata da specifiche norme sociali.⁴

Parlare di emozioni, in definitiva, non ci costringe a stare in un campo sfuggente come quello della soggettività, ma anzi ci permette di parlare di società, cultura, valori e significati. E quando chiamiamo in causa queste dimensioni collettive, ci troviamo inevitabilmente di fronte ai concetti di normalità, devianza, (in)adeguatezza, legittimità, consenso, relazioni di potere, politica.

3. Le emozioni degli altri: una sfida a relativizzare

C., con dovizia di particolari, riferisce al proprio legale il sequestro a scopo di estorsione di cui è stato vittima in Libia: costretto in una cella sotterranea angusta, buia e poco aerata insieme ad altre trenta persone, ha visto morire almeno 20 compagni di prigionia, i cui corpi esanimi sono poi stati abbandonati al deserto senza sepoltura; ha sofferto la fame e la sete, è stato più volte torturato con oggetti roventi (gli arti inferiori ne recano ancora

⁴ Per approfondire, vd. Le Breton D. (2007), *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma.

i segni indelebili ed inequivocabili); l'infezione oculare insorta alcune settimane prima del rapimento si è a tal punto aggravata da causargli infine la perdita dell'occhio. "È l'orrore! L'orrore!" verrebbe da commentare, ricorrendo a una delle frasi letterarie che più efficacemente rendono l'ineffabilità delle esperienze infernali. Eppure, il contenuto terribile

segni di violenza incisi sulla superficie del corpo di C., se non la verità, almeno la verosimiglianza di quella narrazione. V. vive da qualche mese in comunità protetta con i suoi due figli di 3 e 2 anni ed è incinta all'ottavo mese. In diverse occasioni gli educatori della comunità manifestano molte riserve a proposito delle sue capacità genitoriali: la signo-

garantire il "maggior interesse del minore".

B. è una probabile vittima di tratta. È senza documenti e si rivolge al centro ISI - il servizio sanitario attivo in Piemonte che ha come target la popolazione straniera non iscrivibile al SSN - per una serie di problematiche fisiche che le provocano un crescente disagio: notevole aumento ponderale a fronte di un regime alimentare invariato; assenza di ciclo mestruale; grave insonnia. Gli esami clinici escludono cause organiche e la ragazza viene sottoposta ad un test psicodiagnostico per valutare l'esistenza di un disturbo post traumatico da stress. Molte domande sono volte ad indagare in profondità e nel dettaglio i suoi vissuti emotivi ma B. appare in difficoltà e in imbarazzo a rispondere ai quesiti, pare non intendere appieno il significato e la ragione di quelle domande e in conclusione il punteggio del test sentenzia che la giovane non presenta molti dei sintomi tipici del PTSD, soprattutto per quel che concerne la sfera emotiva.

In sintesi: C. non ricostruisce l'esperienza drammatica che ha vissuto con la partecipazione emotiva che ci si aspetterebbe e questo, per l'avvocato, renderebbe meno credibile il suo racconto in sede di Commissione Territoriale. V. invece non esibisce quella stabilità emotiva richiesta ad una donna per essere una buona madre e questo desta preoccupazione a proposito della possibilità che lei possa rappresentare, per i suoi figli, una figura genitoriale adeguata.

B. appare confusa quando si



del suo racconto stride, alle orecchie dell'avvocato, con il tono piatto, monotono, "privo di emozione" con il quale C. lo restituisce all'interlocutore.

E così, temendo che la narrazione non sia di per sé considerata credibile proprio a causa di questo *gap* tra la tragicità di quanto rievocato e la freddezza dell'esposizione, l'avvocato si rivolge ai sanitari affinché certifichino, refertando i molti

ra passa dall'aperta ostilità nei confronti degli operatori della casa rifugio alla completa apatia; nei confronti dei figli appare a tratti disattenta e nervosa, a tratti iperaccudente quando non soffocante. Quella che viene letta nei termini di un'eccessiva variabilità emotiva a fronte di una scarsa capacità di gestire e temperare le emozioni viene guardata con crescente preoccupazione da coloro chiamati a

tratta di rispondere a domande molto specifiche sui suoi stati d'animo e sulle sue emozioni - mentre è molto lucida e precisa quando descrive i disturbi che la tormentano e per i quali ha chiesto assistenza - e ciò porta il medico psichiatra ad escludere che stia soffrendo le conseguenze di esperienze traumatiche.

Potremmo proseguire all'infinito con casi di questo genere, di pazienti "alloculturali" le cui reazioni emotive sono considerate inadeguate e che dunque vengono interpretate, a seconda dei casi e dell'occhio di chi osserva, come spie di psicopatologia o di strumentale simulazione. Il presupposto di tutto ciò è facile da individuare per chiunque, se solo ci si mette alla giusta distanza e nella giusta prospettiva e si è disposti ad interrogarsi con la necessaria onestà intellettuale: il presupposto teorico di questo atteggiamento è la convinzione, diffusa nel senso comune e, come abbiamo visto fin qui, per lungo tempo anche in ambienti accademici e scientifici, che le emozioni - almeno quelle di base - sono di fatto universali poiché incastonate nella nostra biologia, considerata, a sua volta, il sostrato naturale che tutti condividiamo e che tutti accomuna. Non stupisce, dunque, che ancora nel 1967 lo psicologo statunitense Paul Ekman, che abbiamo citato nel primo paragrafo, attraverso una ricerca multisituata sulle espressioni facciali delle emozioni in 5 Stati molto distanti tra loro dal punto di vista geografico e culturale, giungesse sostanzialmente a confermare



le ottocentesche teorie darwiniane circa l'universalità delle "emozioni primarie". Addirittura nel 1978 Ekman, insieme al collega Friesen, realizzò il Facial Action Coding System, ovvero un sistema per decodificare le emozioni sulla base dei movimenti facciali⁵.

Ecco dunque, come molte volte è accaduta e accade nella storia culturale dell'Occidente, che la Scienza si appropria di un ambito e, forte del suo metodo, trasforma le proprie teorie e le proprie peculiari letture di quella porzione di realtà - la cui delimitazione e estrapolazione è già, a ben vedere, un'operazione totalmente arbitraria - nella descrizione puntuale e inoppugnabile della realtà naturale. Il discorso scientifico perde di fatto la sua "umanità"

⁵ Ekman P., Rosenberg E.L. (2005), What face reveals. Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS), Oxford University Press, Oxford.

per trasformarsi nello specchio rigoroso di una realtà che esiste oggettivamente al di là del soggetto e al di là delle sue appartenenze, dei vissuti individuali in un contesto collettivo. Ciò vale al massimo grado per le scienze della vita, fermamente radicate "in una concezione naturalistica della relazione tra linguaggio, biologia ed esperienza"⁶ (Good: 13), in una triade dove ognuno dei tre elementi concorda, anzi riflette fedelmente gli altri due.

4. Educare o normalizzare le emozioni?

È dunque scontato che, se concepiamo le emozioni, come a lungo è stato fatto, come risposte dell'organismo ad uno sti-

⁶ Good B. (2006) Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Einaudi, Torino.

molo, facilmente rientreremo proprio nel regno delle scienze della vita, dove qualunque asserzione, se conseguente alla ligia applicazione del metodo scientifico, diventa granitica e inderogabile legge di natura. Dai qui, il passo verso l'istanza "normalizzatrice", non è poi così lungo. Negli anni '70 il filosofo M. Foucault⁷ ha ampiamente illustrato il movimento interno all'Occidente che ha portato di fatto al passaggio da una società fondata sulla legge ad una società fondata sulla norma, dove la scienza medica diventa la scienza regina, capace com'è di discernere il normale dall'anormale. Ciò che è conforme alla natura, quella che noi abbiamo descritto come tale, diventa il metro con cui giudicare tutto il resto, tutto ciò che dalla norma devia e che

diventa così "anormale", se non addirittura contronatura. Ecco dunque che le emozioni di C., di V. e di B. vengono considerate non normali e dunque inautentiche, patologiche o inesistenti. Sebbene questa tendenza resti ampiamente diffusa e abbia drammatici effetti di realtà, come gli esempi sopracitati dimostrano, molti passi avanti sono stati fatti, come abbiamo ampiamente visto, almeno in ambito scientifico e accademico, dove le emozioni non sono più considerate semplicisticamente delle risposte organiche di natura reattiva. L'antropologia culturale ha dato un notevole contributo affinché si compisse questo cambio di paradigma.

Già Franz Boas⁸, uno dei padri nobili dell'antropologia, ebbe a dire agli esordi stessi della disciplina, nel 1888, che "le reazioni emotive che percepiamo

come naturali sono in realtà determinate culturalmente". I suoi epigoni, gli autori che diedero vita a quella corrente dell'antropologia statunitense nota come "Cultura e personalità", ripresero molte delle intuizioni del maestro e Margaret Mead fu la prima a documentare attraverso resoconti etnografici come ciò che definiamo "temperamento", ossia il modo in cui il soggetto organizza i propri pensieri ed esperienze emotive, fosse culturalmente modellato dall'educazione⁹ e non più soltanto un'inclinazione innata del soggetto. Per quanto questi studi abbiano ormai fatto il loro tempo, hanno avuto il pregio di far avanzare la riflessione antropologica su un terreno che fino ad allora era stato terreno d'elezione delle scienze della mente.

Con Geertz, infine, le emozioni assurgono allo status di "ma-

7 Da Storia della Follia nell'età classica a Sorvegliare e punire. Nascita della prigione, il tema delle forme di normatività percorre gran parte dell'opera foucaultiana.

8 Boas (1888), The aims of ethnology, in Id. 81940), Race, language and Culture, Free Press, New York, pagg. 635-6.

9 Mead M. (2021), Sesso e temperamento, Il Saggiatore, Milano.





nufatti culturali”¹⁰, costruzioni sociali variabili come qualsiasi altro fenomeno culturale: non più “innate e universali, identiche attraverso le culture e attraverso il tempo”, quanto, secondo una visione costruttivista, derivate “dall’interpretazione e dalla valutazione di uno stimolo, ossia da un processo di attribuzione di senso e valore”¹¹.

Per l’antropologia interpretativa, dunque, la biologia, le pratiche sociali e il significato, costruito sempre in maniera intersoggettiva, interagiscono nel plasmare le emozioni come oggetti sociali ed esperienze vissute. Allo stesso modo in cui l’antropologia medica interpretativa, da Kleinman in avanti, ha sottolineato come le interpretazioni culturali “interagiscono con la biologia o la psicofisiologia e con le reazioni sociali per produrre forme di

stinte di malattia”¹², qualcosa di simile si potrebbe dire a proposito delle emozioni, tanto quelle considerate “normali”, “giuste”, “corrette”, quanto quelle considerate, al contrario, “anormali”, “devianti” e dunque, in una società della norma qual è quella in cui viviamo, “sanzionabili”. Acclarato il ruolo della dimensione culturale nel modellamento delle emozioni degli esseri umani, resta da riconoscere il giusto spazio, all’interno del discorso che stiamo facendo, alla dimensione socio-storica e politica in senso lato. È questa volta l’antropologia critica e militante di Nancy Scheper-Hughes¹³ a metterci in guardia da interpretazioni e giudizi somari e frettolosi. Nell’opera che restituisce una ricerca ventennale in una favela di Bom Jesus de Mata, in Brasile, l’autrice argomenta come le condizioni di

vita estreme, con il conseguente alto tasso di mortalità infantile, hanno contribuito in maniera decisiva a dar forma non solo alle pratiche, ma anche alla dimensione morale ed emotiva della maternità. L’indifferenza, non per forza consapevole ed intenzionale, di queste donne nei confronti delle plurime morti dei propri figli neonati, dunque, lungi dal poter essere liquidata come reazione patologica individuale all’evento luttuoso, si impone come prodotto diretto di quello specifico contesto sociale, politico ed economico, funzionale, per l’autrice, a contenere l’effetto di quelle perdite sul piano morale e psicologico trasformandole, paradossalmente, in qualcosa di quasi “naturale”. Di contro, tutti i sentimenti e le emozioni che vengono comunemente associati ad una maternità “giusta” appaiono improvvisamente come un mito borghese, un lusso che si può permettere chi può nutrire fondate aspettative circa la sopravvivenza della sua (scarsa) prole.

10 Geertz C. (1987), Interpretazione di Culture, Il Mulino, Bologna.

11 Pussetti C. (2005), in AA.VV., Annuario di Antropologia n.6 - Emozioni, Meltemi, Roma, pag. 260.

12 Good B. (2006), Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Einaudi, Torino.

13 Scheper-Hughes N. (1993), Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil, University of California Press.

■ CONCLUSIONI

Ecco dunque che i nostri discorsi sulle emozioni “degli altri” si rivelano in tutto il loro etnocentrismo, e quelle che a noi appaiono aberrazioni emotive che ci portano immediatamente a sospettare patologia o malafede rispecchiano, forse, altri modi di organizzare, costruire ed “educare” le emozioni. Quando, dunque, ci viene da liquidare le altrui emozioni come anormali ci dovremmo sempre chiedere: anormali rispetto a quale norma? Relativizzare le nostre norme, collocarle, come giusto, nel solco della nostra storia sociale e della nostra e solo nostra tradizione di pensiero, ci consentirebbe, forse, giudizi più equi e meno categorici, spesso gravidi di conseguenze importanti.

■ BIBLIOGRAFIA

- Boas F. (1888), *The aims of ethnology*, in Id. 81940), Race, language and Culture, Free Press, New York
- Good B. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.
- Cohen A. (1974), “Introduction: The Lesson of Ethnicity”, in id., a cura, Urban Ethnicity, London, Tavistock Publications
- Csordas T.J. (1990), “Embodiment as a Paradigm for Anthropology”, in Ethos - Journal of the Society of Psychological Anthropology, Volume 18, Issue 1, <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>
- Damasio A. (1995), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano
- Damasio A. (2000), *Emozione e conoscenza*, Adelphi, Milano
- Darwin C. (1872), *The expression of the Emotions in Men and Animals*, Murray, London; trad. it. 1999, *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Bollati Boringhieri, Torino
- Ekman P. (1980), *Face of Man: Universal Expression in a New Guinea Village*, Garland, New York
- Ekman P., Rosenberg E.L. (2005), *What face reveals. Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)*, Oxford University Press, Oxford.
- Fabian, J. (2000), “Out of our minds. Reason and madness in the explanation of Central Africa”, University of California Press.
- Fabietti U. (2001), *Storia dell'antropologia*, Zanichelli, Roma
- Foucault M. (2011), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano
- Foucault M. (1989), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino
- Geertz C. (1998), *Interpretazione di culture*, Carocci, Roma
- Itard J. (1995), *Il ragazzo selvaggio*, Anabasi, Milano
- Le Breton D. (2007), *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma
- Le Breton D. (2013) *Antropologia del corpo*, Meltemi, Roma
- Leroi- Gourhan A. (1977), *Il gesto e la parola*, Einaudi, Torino
- Lock M., Scheper-Huges (1987), “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, in Medical Anthropology Quarterly, Vol. 1, No. 1
- Marazzi A. (2017), *Antropologia dei sensi. Da Condillac alle neuroscienze*, Carocci, Roma
- Merleau-Ponty M. (2004), *Il primato della percezione e le sue conseguenze filosofiche*, Medusa, Milano
- Mead M. (2021), *Sesso e temperamento*, Il Saggiatore, Milano
- Pussetti C. (2005a), *Poetica delle emozioni. I Bijagó della Guinea Bissau*, Laterza, Roma
- Pussetti C. (2005b) in AA.VV., *Annuario di Antropologia n.6 - Emozioni*, Meltemi, Roma
- Rosaldo R. (1980), *Ilongot Headhunting, 1883-1974. A Study in Society and History*, Stanford University Press
- Scheper-Hughes N. (1993), *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press
- Verduyn, P., Lavrijsen, S. (2014), “Which emotions last longest and why: The role of event importance and rumination”. Motivation and Emotion, DOI: 10.1007/s11031-014-9445-y.

Recensione a cura di
SIMONA FACCO

IL BAMBINO MIGLIORE? Che cosa significa essere genitori responsabili al tempo del genome editing



Maurizio Balistreri è professore associato di filosofia morale e membro del comitato di bioetica presso l'università di Torino, si occupa dei più importanti studi che riguardano la bioetica, l'etica applicata, la robotica e l'intelligenza artificiale.

Il "genome editing" è un recente tipo di ingegneria genetica in cui è possibile intervenire sul DNA del nascituro non soltanto per correggere eventuali malattie, ma addirittura per potenziarne le capacità fisiche/intellettive.

In questo volume l'autore esplora, illustrando gli studi e le riflessioni etiche, biotecnologiche e scientifiche lo scenario che si aprirà in un prossimo futuro, in cui sarà (forse) possibile scegliere di dotare i propri figli del patrimonio genetico migliore possibile. L'autore espone i possibili scenari derivanti dallo sviluppo delle tecniche di genome editing, illustrando i rischi, ma anche i benefici derivanti dalla manipolazione del DNA umano.

Le riflessioni etiche che ne derivano portano a riflettere sulla scelta di un genitore di mettere al mondo un figlio che possa avere una qualità della vita sempre più soddisfacente, nonché dotato di un patrimonio genetico il più possibile vicino alla perfezione, quindi potenziato.

Ma quanto potrebbe essere rischioso modificare la natura mettendo al mondo dei bambini sempre "migliori"?

E se solo coloro che hanno più disponibilità economica riuscissero a generare individui con caratteristiche migliori, non si incorrerebbe in una tendenza eugenica di selezione della razza?

Oggi c'è un ampio dibattito pubblico intorno alle nuove tecnologie di genome editing. La speranza è che queste nuove tecnologie permettano di correggere il patrimonio genetico del nascituro e di prevenire la nascita di persone con gravi anomalie

genetiche. Non soltanto potremmo essere in grado di evitare che le generazioni future nascano con terribili malattie, ma potremmo anche essere capaci di potenziare il loro codice genetico e renderli più resistenti a qualsiasi patologia vogliamo immaginare. Quand'anche fossimo in grado di correggere e potenziare il patrimonio genetico delle generazioni future, chi verrà al mondo sarà, comunque, soggetto al rischio di avere una vita segnata da grandi affezioni e sofferenze.

Le nuove tecniche di genome editing potrebbero accrescere notevolmente la nostra capacità di condizionare la vita dei bambini che nasceranno, permettendoci di scegliere il loro patrimonio genetico. Le persone che vogliono un figlio non hanno l'obbligo, ma soltanto il permesso morale, di selezionare il migliore dei loro possibili bambini. Sembra comunque più che legittimo chiedersi cosa dobbiamo ai nostri figli e che tipo di responsabilità abbiamo nel momento in cui decidiamo di riprodurci e di mettere al mondo un bambino. La questione su cui dobbiamo ragionare è se possiamo scegliere qualsiasi cosa (ad es anche affidarci al caso e lasciare che sia la natura a scegliere i geni dei nostri figli) oppure abbiamo il dovere di assicurare ai bambini che mettiamo al mondo particolari caratteristiche genetiche.

La domanda che accompagna tutto il saggio è la seguente: Abbiamo il dovere morale di assicurare ai nostri figli la migliore dotazione genetica possibile? Un piccolo volume capace di aprire numerose riflessioni sulla difficile scelta tra ingegneria genetica ed etica in un prossimo futuro, ormai non più tanto lontano.

Questo libro è destinato a tutti coloro che si interessano di filosofia, di ricerca e di progresso tecnologico: ricercatori, studenti, cittadini, istituzioni.

Buona lettura

Figure storiche dimenticate il numero di Marea Grazie a lei 2022

di Monica Lanfranco
www.monicalanfranco.it

Ogni numero di *Grazie a lei* è una sorpresa: dal primo del 2017 si sono susseguite edizioni nelle quali c'era predominanza nei ringraziamenti e narrazioni di presenze familiari, con ritratti delle madri, delle nonne, delle zie oppure, al contrario, numeri dedicati per la maggior parte a profili e riflessioni su icone del femminismo mondiale molto note e amate.

L'edizione 2022 di *Grazie a lei* è un inedito mix di gratitudine intima verso una donna della famiglia ma anche verso figure storiche che lo stesso femminismo della seconda ondata ha messo in un cono d'ombra, come per esempio, in Italia, la preziosa Alma Sabatini oppure, tra le attiviste di sinistra, Aleksandra Kollontaj e Simone Weil.

Ma forse la vera particolarità di questa *Marea* è che questa volta abbiamo un ulteriore, inaspettato regalo: dopo la bella citazione da parte di Laura Paita nel [numero del 2017](#) della leggendaria figura di Ryunio, (unica donna nel pantheon della letteratura buddista) ecco che qui tra le ringraziate spunta nientemeno che Xena, la principessa guerriera, che per la generazione delle trenta/quarantenni di oggi è stata una icona pop conosciuta grazie alla tv commerciale, che trasmise negli anni '80 la lunga serie televisiva dedicata a questa mitica amazzone. Per chi non la conoscesse, oltre al ritratto, rimando a fine rivista per i link di approfondimento.

Ho trovato interessante che nello stesso numero si possa trovare, tra le pagine, un invisibile sentiero che ci conduce attraverso una fine linguista, una zia affiancata ad una icona pop, una attivista del mondo cattolico, passando da una poeta tormentata ad una intellettuale dello scorso secolo la cui visione sul lavoro, ancora, risulta feconda e attuale.

Di certo divise dalla Babele di linguaggi ed epoche differenti le "Ringraziate" di questi anni (già una sessantina di ritratti, non è poco), sono tuttavia accumulate da due significativi fattori: l'essere donne evocative, la cui esistenza è stata di ispirazione per molte e l'essere donne il cui esempio ha restituito forza e autorevolezza alle più giovani, in-segnando la strada da percorrere. Buona lettura, dunque, anche questa volta con *Marea*.



LETTERA DELLA PRESIDENTE A.N.I.N.



Cari soci e colleghi,

con le elezioni dello scorso 15 ottobre, svoltesi a Napoli, si è deciso chi guiderà l'associazione per il prossimo quadriennio 2022-2026. Un impegno che vedrà coinvolti ventuno colleghi tra ufficio di presidenza e delegati regionali:

UFFICIO DI PRESIDENZA

PRESIDENTE: Dott.ssa Giusy Pipitone
VICEPRESIDENTE: Dott.re Giuseppe Casile
TESORIERE: Dott.re Giovanni Giacomini
SEGRETARIO: Dott.re Federico Cortese

CONSIGLIERI NAZIONALI

Dott.ssa Erika Pesce
Dott.re Giancarlo Mercurio
Dott.ssa Vanessa Pucci

DELEGATI REGIONALI

ABRUZZO: Dott.re Andrea Fini
CALABRIA E BASILICATA: Dott.re Paolo Marino
CAMPANIA: Dott.re Michele Napolitano
EMILIA-ROMAGNA E LIGURIA:
Dott.ssa Valentina Perria
VENETO: Dott.ssa Annarita Sorrentino
LAZIO: Dott.re Marco Cecchi
LOMBARDIA E TRENINO: Dott.re Francesco Tarantini
MARCHE: Dott.ssa Chiara Gatti
PIEMONTE E VALLE D'AOSTA: Dott.ssa Annalisa Dal fitto
PUGLIA E MOLISE: Dott.re Giovanni Grumo
SARDEGNA: Dott.ssa A. Nicolina Manca
SICILIA: Dott.re Pietro Sturiale
TOSCANA E UMBRIA: Dott.re Giacomo Bianchi
FRIULI-VENEZIA GIULIA: Dott.re Davide Caruzzo



Un gruppo affiatato composto da soci storici che porteranno avanti lo spirito e l'esperienza che da sempre contraddistinguono la nostra associazione, ma anche da giovani colleghi che con il loro entusiasmo sapranno proiettare l'associazione verso il futuro.

Sarà un quadriennio impegnativo volto innanzitutto al riassetto di alcuni aspetti dell'associazione per garantire a voi soci un'esperienza associativa ottimale, una formazione ricca e soddisfacente e l'avanzamento del Nursing Neuroscientifico come parte essenziale dell'infermieristica. È innegabile che in quest'ultimi anni le Neuroscienze abbiano dovuto adattarsi e innovarsi di fronte a nuove esigenze sanitarie ed al fiorire di ulteriori scoperte scientifiche. È tempo, quindi, di intraprendere la via della ri-umanizzazione dell'assistenza e riprendere ad occuparci, a tutto campo, dello scibile inerente il Nursing delle Neuroscienze nei vari ambiti di interesse con l'irrinunciabile e necessaria guida multidisciplinarietà. Le profonde trasformazioni organizzative e le innovazioni terapeutiche hanno avuto, anche nelle neuroscienze, importanti ripercussioni nella pratica clinica, oggi non più rappresentata da singoli atti di professionisti ma da processi terapeutico-assistenziali che richiedono tecnologie innovative, competenze avanzate e dedizione all'umanità di ogni persona.

Con un'attenzione particolare alla formazione e all'innovazione ma sempre con spirito pratico per la ricaduta clinica, l'organizzazione scientifica dell'associazione prevederà la presenza di un comitato scientifico composto da una rosa di professionisti di rilievo nazionale. L'avanzamento delle conoscenze impone agli attori delle Neuroscienze un continuo e sempre maggiore processo di aggiornamento che non sempre coincide con le possibilità concrete di soddisfare questo obiettivo. In tal senso, il comitato scientifico sarà strutturato per offrire ai soci ANIN aggiornamenti sulle migliori evidenze scientifiche riguardanti il Nursing delle Neuroscienze.

Ci sarà, come da tradizione ANIN, un ampio spazio dedicato alla nostra rivista, guidata da Francesco Casile che è la colonna portante e memoria storica dell'ANIN, dove ognuno di voi potrà presentare le proprie attività di ricerca, le proprie esperienze e i propri vissuti. L'associazione offre anche il confronto con altre società e associazioni scientifiche partecipando ai tavoli di discussione sulle problematiche e sui percorsi assistenziali che si dovranno affrontare nei prossimi anni, sia per le patologie acute che per quelle croniche, incoraggiando sempre più la collaborazione-integrazione tra ospedale e rete territoriale.

L'assistenza italiana, come quella mondiale, in questa fase storica sta attraversando un periodo particolarmente difficile per cui la sfida per il futuro è impegnativa e sarà necessario un grande sforzo comune per mantenere e implementare il livello assistenziale nell'ambito delle Neuroscienze. L'unione di tutte le forze, che è l'anima dell'ANIN, rappresenta lo strumento per affrontare e superare la sfida del futuro.

Sarà fondamentale, infine, il coinvolgimento degli studenti di infermieristica in quanto, come futuri colleghi, saranno gli eredi dell'associazione e come tali rappresentano la garanzia per il progresso dell'assistenza alla persona affetta da patologie nell'ambito delle neuroscienze.

L'ANIN è un'associazione rivolta a tutti i cultori delle Neuroscienze: crescita, formazione, competenze e coesione, saranno le parole che guideranno tutti noi per il prossimo quadriennio.

Augurandoci un proficuo lavoro, invitiamo i colleghi ad entrare a far parte della nostra famiglia associativa.

ANIN augura a voi e alle vostre famiglie un sereno Natale.

La Presidente A.N.I.N.

Dott.ssa Giuseppina Pipitone

