



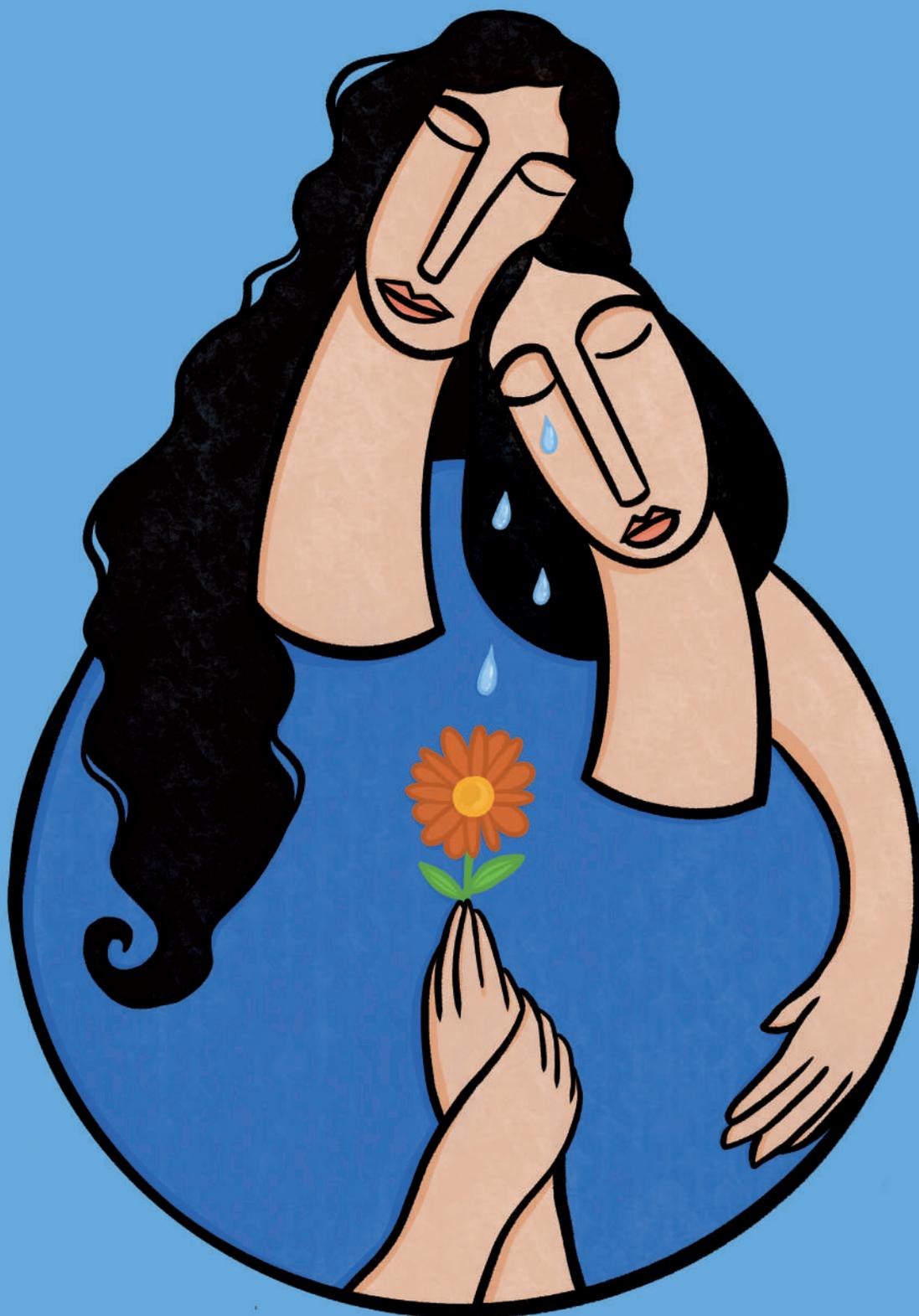
neu

RIVISTA SCIENTIFICA DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA

ISSN 1723-2538



PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE
NAZIONALE INFERMIERI NEUROSCIENZE



AGGIORNAMENTI

- › L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO: OPPORTUNITÀ PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ONCOLOGICA NELL'IRCCS IFO DI ROMA
- › LA QUALITÀ E I FATTORI DI DISTURBO DEL SONNO NEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA
- › INTERVENTI INFERMIERISTICI PSICOSOCIALI VOLTI ALLA RIDUZIONE DELLA DEPRESSIONE POST-STROKE
- › IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE ITALIANO: NEL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE
- › LE RADICI ETICO-UMANISTICHE DELL'HEALTH COACHING

APPROFONDIMENTI

- › EMPATIA E CURA: VERSO UN NUOVO SENTIRE, VERSO ORIZZONTI DI POSSIBILITÀ
- › PRATICARE L'EMPATIA
- › CONSIGLI DI LETTURA SULL'EMPATIA

ESPERIENZE

- › 20 GIORNI IN TURCHIA CON L'EMT2
- › AMARE QUELLO CHE FAI: PERCHÉ HO SCELTO DI FAR E IL PERCORSO DI LAUREA A 50ANNI

RECENSIONI

- › RECENSIONI A CURA DI LETIZIA VOLA E SARA TAMBONE L'IMMAGINE DELL'INFERMIERA NELL'ITALIA FASCISTA (1935-1943)

N.1

MARZO 2023
ANNO 42' N.1

DIRETTORE SCIENTIFICO

FRANCESCO CASILE
 f.casile@anin.it

VICE DIRETTORE SCIENTIFICO

FRANCESCO TARANTINI

DIRETTORE RESPONSABILE

CLAUDIO SPAIRANI

COMITATO DI REDAZIONE

DANIELA MAMBELLINI BRESCIA
 FABIANA CASSANO BARI
 TIZIANA LAVALLE BOLOGNA
 LETIZIA VOLA ORBASSANO (TO)
 ANNA ROSSI MILANO
 SARA TAMBONE CUMIANA (TO)
 MARIA LUISA LANGELLA NAPOLI
 SIMONETTA POLANSKI CUNEO
 MICHELE PALAZZOLO 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)
 DOTT. SILVIO SIMEONE
 INFERMIERE (UNIVERSITÀ
 MAGNA GRECIA CATANZARO)
 DOTT. ERMANNO GIOMBELLI
 NEUROCHIRURGO
 (A.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

EDITORIALE

LAURA BINELLO
Infermiera - ellebinello@gmail.com

Le donne di cura



Noi donne custodiamo nel corpo i codici che danno origine alla vita, noi donne di cura custodiamo la capacità di riconnettersi a una conoscenza che ci appartiene per nascita e significa soprattutto riversarne i poteri nella nostra vita professionale.

Le donne che curano lo sanno fare meglio se prima sono state anch'esse curate.

Una donna che cura, e che ha conosciuto nel suo profondo l'esperienza di malattia e il processo di guarigione, sarà per sempre dotata di quello strumento speciale che riconoscerà come un balsamo potente nelle sue mani, potente ma anche non privo di effetti collaterali.

Una donna infermiera che cura sa che aiutare altre donne e uomini a guarire è il modo migliore per amplificare la coscienza umana e professionale.

La donna e l'infermiera che curano prima le loro ferite sanno che onorare tutti i giorni le storie di cura altrui significa attirare felicità e gioia nella loro vita.

Ma anche fatica raddoppiata.

La donna che cura e che assiste sa che non esiste una guarigione assoluta; quindi, non trascura né il suo corpo, né le sue emozioni e tanto meno i suoi pensieri che, come quelli dei suoi pazienti, sono strettamente legati da quell'esperienza comune che diventa ogni volta un alleato quando altre cure sembrano fallire.

La donna che cura non ha più paura del male ricevuto o degli strascichi di un sentimento ancora malato che vede replicarsi nel paziente che a lei si affida, la donna che cura non teme più diagnosi e giudizi, non fugge dinnanzi a sentenze, non cerca una spiegazione o una buona ragione per sentirsi in colpa.

La donna che cura sa che la sua migliore medicina è il bene incondizionato che nutre verso tutti gli esseri del mondo che soffrono come lei e che come lei, adesso, chiedono aiuto.

La donna che cura sa che il suo corpo è composto dagli stessi organi che contiene il corpo degli altri che a lei si affidano, per

questo cerca di proteggerlo e di rispettarlo anche quando la memoria spinge a ricordarne le vesti ammalate e intrise di dolore, la donna che cura non ha paura a spogliarsi dei ricordi se servono a riaccendere la fiamma della speranza altrui.

L'infermiera che cura sa che le sue mani curanti possono diventare carezze e la sua voce un balsamo sulla sordità del mondo, la donna che cura conosce il peso dei suoi passi dentro una corsia e per questo non guarda alla meta della guarigione ma al cammino della consapevolezza. La donna che sa prendersi cura dell'altro si prende cura anche delle sue scelte e non si volta indietro, anche quando è rischioso, perché sa che l'unica cosa che conta è guardare avanti, accompagnare sotto braccio quel dolore che al volo riconosce e sempre accoglie.

L'infermiera donna sa che portare qualsiasi gesto di cura nella vita di un ammalato è creare bellezza e armonia intorno a sé. È prescrivere speranza.



A cura di: Francesco Casile

Empatia: sapersi mettere nei panni dell'altro

Fra i tanti modi di dire, quello che più si attaglia al termine EMPATIA è "mettiti nei miei panni"; questa espressione assume un diverso significato nella relazione con l'altro. Mettersi nei panni altrui lo possiamo tradurre letteralmente in "mettiti nella mia posizione". Potremmo ragionare sui massimi sistemi, parlando di EMPATIA, dobbiamo pensare che il segnale di disagio, ovvero di colui che implicitamente chiede di mettersi nella sua posizione, non viene espresso sempre in modo diretto o tramite la parola; sta a chi si prende cura interpretarlo, quindi capire il disagio e il dolore dell'altro.

All'interno della rivista troviamo alcuni esempi di capacità empatica; nella parte ESPERIENZE troviamo due testimonianze, una di una studentessa di Infermieristica che racconta perché ha deciso all'età di 50 anni di iscriversi all'università, l'altra di un collega con grande esperienza in area critica, con diverse esperienze in missioni in zona di guerra, che qui ci racconta l'intervento in

Turchia per il terremoto di febbraio; nel racconto emerge chiaramente che non potendo sempre comunicare usando la parola con le persone assistite, la maggior parte parlava solo il turco, l'empatia diventava il solo strumento di comunicazione.

Vorrei ringraziare la collega KARIMA BOURAOUIA, i colleghi FEDERICO CORTESE, DAVIDE CARUZZO che escono dalla redazione per nuovi e ulteriori impegni dentro la Associazione, continueranno a collaborare esternamente con noi per far crescere e migliorare la rivista.

Ringrazio DANIELA MANBELLINI per aver accettato di far parte di questo gruppo redazionale.

Negli APPROFONDIMENTI, da questo numero, inizierà una nuova collaborazione con Giorgia Mastroianni che in ogni numero ci consiglierà letture sul tema principale del numero.



La Redazione tutta coglie l'occasione per augurare ai soci e ai lettori una serena Pasqua di pace.

SOMMARIO neu



1 EDITORIALE

AGGIORNAMENTI

- 4 L'Ambulatorio Infermieristico: opportunità per la continuità assistenziale oncologica nell'IRCCS IFO di Roma
- 12 La qualità e i fattori di disturbo del sonno nei pazienti in terapia intensiva: accertamento e interventi infermieristici di promozione
- 23 Interventi infermieristici psicosociali volti alla riduzione della depressione post-stroke
- 38 Il ruolo dell'infermiere nel sistema di emergenza territoriale Italiano: prospettive di sviluppo
- 50 Le radici etico-umanistiche dell'Health Coaching: a supporto del Distress del Caregiver

APPROFONDIMENTI

- 63 Empatia e cura: verso un nuovo sentire, verso orizzonti di possibilità
- 67 Praticare l'empatia
- 70 Consigli di lettura sull'Empatia

ESPERIENZE

- 71 20 giorni in Turchia con l'EMT2
- 74 Amare quello che fai: Perché ho scelto di fare il percorso di laurea a 50anni

RECENSIONI

- 75 Recensioni a cura di Letizia Vola e Sara Tambone
L'immagine dell'infermiera nell'Italia fascista (1935-1943)

NICOLÒ PANATTONI

UOC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenziale e della Ricerca; IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma, RN, PhDs,

PAOLO BASILI

UOC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenziale e della Ricerca; IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma, RN,

ELISABETTA CANOFARI

UOC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenziale e della Ricerca; IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma, RN,

FABRIZIO PETRONE

UOC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenziale e della Ricerca; IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma, RN, MSN,

TIZIANA LAVALLE

UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano; IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma, N, PhD

Corresponding Author:

DR. NICOLÒ PANATTONI
e-mail nicolo.panattoni@ifo.it

L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO: OPPORTUNITÀ PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ONCOLOGICA NELL'IRCCS IFO DI ROMA

ABSTRACT

Una riorganizzazione orientata alla promozione e al potenziamento della continuità assistenziale rappresenta una sfida cogente per il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Il setting oncologico, sebbene rappresenti solo un aspetto dei percorsi di assistenza e cura, è probabilmente tra gli ambiti che maggiormente gioverebbe delle innovazioni digitali che si stanno diffondendo in seguito alla pandemia da COVID-19 e grazie alla spinta del PNRR. Proprio in questi tempi si è reso necessario ridefinire un modello di risposta ai bisogni dei pazienti orientato alla proattività in tutti gli aspetti della malattia oncologica e della sua evoluzione. Con questi presupposti è stato attivato l'Ambulatorio Infermieristico dell'IRCCS IFO che si propone di rispondere adeguatamente alla domanda di cura e assistenza dei pazienti fragili in un framework volto alla presa in carico longitudinale del paziente fin dal momento della diagnosi. In

ottica di staffing, i professionisti sanitari infermieri assumono il ruolo di referente in specifiche fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali, in costante collaborazione con i Case Manager dei PDTA di riferimento, per quanto riguarda - al momento - le specialità di StomaCare, WoundCare e Gestione dei device vascolari. Si tratta di una realtà che risponde all'attuale orientamento normativo che impone un migliore lavoro di rete (anche territoriale) e che si rivela un'importante opportunità di investimento nei percorsi di continuità delle cure nonché un'occasione di crescita per la professione protagonista delle cure assistenziali.

PAROLE CHIAVE

Ambulatorio Infermieristico, Assistenza infermieristica oncologica, WoundCare, StomaCare, Gestione device vascolari.

ABSTRACT

A reorganization oriented to promoting and enhancing continuity of care represents a mandatory challenge for our National Health System. Although it represents only an aspect of the care and treatment pathways, the oncology setting is probably among the areas that would benefit most from the digital innovations that are spreading in the wake of the COVID-19 pandemic and thanks to the pressure of the PNRR. Nowadays it has become necessary to redefine a proactively oriented model of responding to patients' needs in all aspects of cancer disease and its evolution. With these assumptions, the IRCCS IFO Nursing Outpatient Clinic was activated to adequately respond to the demand for care and assistance of frail patients in a framework aimed at longitudinal patient

care, from the moment of diagnosis. From a staffing perspective, nurse practitioners take on the role of referrer in specific phases of caretaking, in view of the predominance of specific care needs, in constant collaboration with the case managers of the referral PD-TAs, regarding - at the moment - the specialties of StomaCare, WoundCare and Vascular Device Management. This reality responds to the current regulatory orientation requiring better networking (including territorial) and proves to be an important investment opportunity in continuity pathways.

KEY WORDS

Nursing Clinic, Oncology nursing care, Wound-Care, StomaCare, Vascular device management.

■ PRESENTAZIONE

Il tema dell'organizzazione delle cure per i pazienti con bisogni assistenziali complessi costituisce una sfida decisiva per la sostenibilità del Sistema Sanitario e risulta di estrema attualità in linea con gli indirizzi nazionali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che ci impone di definire un nuovo modello organizzativo in grado di promuovere e supportare la digitalizzazione di vari processi sanitari ed il potenziamento della continuità assistenziale nei vari livelli di cura¹.

Dando uno sguardo indietro agli ultimi anni di pandemia COVID-19 possiamo trarre due insegnamenti fondamentali, amplificati per il nostro *setting* oncologico (Thomakos et al., 2020): da un lato l'importanza delle prestazioni di screening e di follow up per i pazienti; oggi, con un progressivo ritorno alla normalità, vediamo le conseguenze di quello che è stato un ridotto accesso a queste prestazioni causato dalle misure di contenimento della diffusione del virus (Teixeira et al., 2021), dall'altro la necessità dell'uso della

Teleassistenza al fine di “restare vicini”, mantenere quella che è la presa in carico dei pazienti nonostante la distanza (Almouaalamy et al., 2022).

Ovviamente la Teleassistenza, cioè la tecnologia a supporto dell'assistenza, sta vivendo una crescita inarrestabile che ci costringe ad imparare a governarla per non rischiare poi di subirla (Bakitas et al., 2021).

In generale, in un contesto sociale di continua crescita di patologie croniche, i pazienti chiedono continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera (Hu et al., 2020), accedendo ad un punto unico di riferimento, sia strutturale che specialistico, facilmente accessibile, in grado di rispondere alle prestazioni non differibili, in maniera appropriata ed immediata ai bisogni assistenziali programmabili (Hadeed et al., 2021).

■ *Progetto degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma*

Nel nostro particolare contesto oncologico è fondamentale progettare modelli assistenziali in grado di migliorare in modo significativo la qualità della vita di un paziente che combatte contro il cancro.

¹ <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/homePNRRSalute.jsp> (ultimo accesso: 17/10/2022 alle ore 13.23)

La malattia oncologica ha un impatto importante non solo sulla vita del paziente ma anche sulla sua famiglia e sui *caregiver* (Lewandowska et al., 2020).

L'assistenza ai pazienti oncologici necessita di professionisti esperti nel *setting* specifico con competenze avanzate, conoscenze, capacità e abilità peculiari per rispondere ai bisogni complessi dei pazienti malati di cancro (Chan et al., 2018).

L'ideazione e l'attivazione dell'Ambulatorio Infermieristico dell'IRCCS IFO risulta inoltre in linea con la *mission* e *vision* aziendale, orientate a obiettivi di promozione, prevenzione, mantenimento e sviluppo dello stato di salute della popolazione assistita orientando l'attività di assistenza a specifici bisogni di salute, ottimizzando la presa in carico del paziente, attraverso prestazioni appropriate in termini di qualità ed efficacia con un risvolto di importante valorizzazione dei professionisti coinvolti.



Quindi, il nostro Ambulatorio Infermieristico propone un'appropriata risposta assistenziale proattiva in tutti gli aspetti della malattia oncologica e della sua evoluzione.

Da un punto di vista organizzativo l'Ambulatorio rappresenterebbe un punto unico di riferimento per superare le criticità emerse dall'esperienza acquisita in alcune iniziative già presenti nel nostro Istituto, dalle quali si evincono frammentazioni nel percorso di cura del paziente, dalla presa in carico ai follow-up.

Questa revisione critica permetterà di rispondere adeguatamente alla domanda di cura e as-

sistenza dei pazienti fragili (affetti da patologie oncologiche, ematologiche, dermatologiche e malattie rare, in carico alle UU.OO. di IFO), garantendo percorsi di cura personalizzati, presa in carico longitudinale del paziente fin dal momento della diagnosi, *patient and caregiver education*, strategie di *counselling*, prestazioni in teleassistenza e un servizio di *helpline* (in collegamento con la futura Centrale di Continuità Assistenziale) attiva in orario di apertura al pubblico dell'ambulatorio, ce sarà in grado di valutare tempestivamente il bisogno del paziente e stabilire la priorità di accesso sia alle prestazioni programmabili che a quelle con carattere di urgenza/emergenza.

Dunque, gli obiettivi specifici dell'ambulatorio infermieristico sono:

- ▶ Ottimizzazione della presa in carico globale del paziente fin dal suo ingresso in struttura, coordinata dall'infermiere Case Manager (Arnold, 2019);
- ▶ Riduzione della dispersione dei pazienti dimessi dalle unità operative del nostro Istituto (Arakelian et al., 2017);
- ▶ Promozione dei processi di autocura - Self-Care in tutte le sue accezioni - al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale - Empowerment - (Giordano et al., 2020).

L'ambulatorio si prefigge, quindi, di migliorare la qualità dei servizi assistenziali attraverso l'adozione di modelli assistenziali centrati sulla persona (*patient focused*) che permette il passaggio dal *to cure* al *to care*. L'attenzione alla persona è totale, verso bisogni fisici, psicologici e relazionali. La presa in carico è longitudinale e trasversale, verranno strutturati dei percorsi *patient education* specifici che aiuteranno i pazienti o *caregiver* ad acquisire le competenze necessarie a compiere scelte più consapevoli sulla propria malattia e sui percorsi di cura disponibili.

In questa ottica di processo, in cui il paziente è il perno delle nostre attività (Fig.1), i modelli assistenziali previsti per l'erogazione delle prestazioni sono orientati al *Primary Nursing* e vogliono enfatizzare la relazione infermiere-paziente, attraverso il modello *Human Caring*, con l'obiettivo di potenziare i processi di autocura a domicilio e sostenere la funzione educativa che questa tipologia di assistenza deve fornire.

Il *Primary Nursing* è un modello organizzativo assistenziale che può essere considerato la naturale evoluzione dell'assistenza infermieristica, da un modello per compiti ad un modello di assistenza personalizzata, fondato su principi umanistici e sulla valutazione olistica dei bisogni del paziente. Ha come scopo il raggiungimento di un'alta qualità e miglioramento degli esiti assistenziali (Dal Molin et al., 2018). Questo modello permette di avere una visione globale e integrata del percorso di cura, dall'accoglienza sino alla dimissione e al tempo stesso, consente al professionista infermiere di agire nel pieno della propria professionalità e di essere riconosciuto e valorizzato (Mattila et al., 2014).

Il modello *Human Caring* è una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona. Le sue principali finalità sono quelle di valorizzare e implementare le competenze relazionali ed educative dell'Infermiere misurandone gli esiti sulla persona assistita ed instaurando, con consapevolezza, una relazione di natura professionale (Brunetti et al., 2015).

In ottica di *staffing*, i professionisti sanitari infermieri assumono il ruolo di referente in specifiche fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali, in costante collaborazione con i Case Manager del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento, aggiornandolo sullo stato di salute dell'assistito.

Le prime specialità coinvolte nell'Ambulatorio sono:

- **StomaCare**: a cui afferiscono pazienti portatori di enterostomie, urostomie, tracheostomie, gastrostomie, cateteri vescicali e drenaggi (mantenuti post-dimissione).
- **WoundCare**: a cui afferiscono pazienti con rischi per l'integrità cutanea, con lesioni croniche o con ferite a lenta guarigione.
- **Impianto e Gestione degli Accessi Vascolari (I.G.A.V.)**: a cui afferiscono pazienti con indicazione al posizionamento di accesso venoso o portatori di *device* vascolari.

Ad eccezione dell'IGAV, una realtà ben consolidata nel nostro Istituto che grazie al suo modello organizzativo è in grado di erogare circa diecimila prestazioni l'anno, fra impianto e gestione degli accessi venosi (prevalentemente PICC - *peripherally inserted central catheter*), possiamo considerarle esordienti le altre due specialità, in quanto attive da soli pochi mesi, ma già la richiesta di prestazioni e assistenza da parte dei pazienti cresce esponenzialmente di mese in mese, riportando significativi incrementi di attività nonché un trend in continua crescita.

L'utilizzo di sistemi di accesso venoso centrale e periferico è una necessità indispensabile ed ormai consolidata in tutti i setting del percorso del paziente in ospedale ed a domicilio (Sollazzo et al., 2021). Questa esigenza è amplificata nel contesto oncologico, come strumento sia per la somministrazione della chemioterapia che dei farmaci di supporto. Molte cure somministrate per via parenterale necessitano di un accesso venoso centrale che diviene pertanto una procedura molto diffusa, purtroppo non esente dal rischio di complicanze meccaniche (ostruzioni, dislocazioni, ecc.), trombotiche e infettive. Quest'ultime si pongono al quarto posto tra le ICA (Infezioni Correttali all'Assistenza), con un elevato rischio di mortalità, pertanto la manipolazione e la gestione dei *device* diviene fondamentale e



Fig. 1 Attività e tipologia di prestazioni



non può prescindere dall'aver a disposizione un team di infermieri con competenze avanzate e dal coinvolgere il paziente ed il caregiver oncologico sia nella scelta che nel corretto mantenimento in situ del dispositivo. Alla luce di queste premesse nel 2009 presso il nostro IRCCS IFO venne autorizzata l'attivazione dell'ambulatorio IGAV a gestione infermieristica.

Gli obiettivi generali del servizio comprendono:

- ▶ Diffusione della cultura dell'accesso venoso attraverso la formazione e la consulenza;
- ▶ Coinvolgimento del paziente nella scelta del presidio seguito da un programma educativo che comprenda anche i caregiver;
- ▶ Idoneità nella scelta del sistema da impiantare (tipo di catetere, tempistica di inserimento, gestione prevista, tipo di paziente) con conseguente razionalizzazione della spesa;
- ▶ Assessment precoce del patrimonio venoso periferico;
- ▶ di catetere venoso ed agli operatori fornendo loro un punto di riferimento necessario dato il lungo tempo di permanenza in situ dei dispositivi di accesso venoso;
- ▶ Formazione continua agli operatori sanitari ed ottimizzazione dell'impegno assistenziale;
- ▶ Predisposizione di un percorso finalizzato all'accesso vascolare del paziente oncologico da inserire nel PDTA pianificandone il posizionamento in relazione ai vari setting (chirurgi-

co, chemioterapico, ecc.), allo stadio di avanzamento della malattia oncologica, alle cure palliative e alla terapia del dolore;

- ▶ Minimizzare i tempi di attesa per il posizionamento del dispositivo;
- ▶ Fornire consulenza ai richiedenti l'impianto, agli utilizzatori, ai pazienti ed ai caregiver.

Alla stregua degli ottimi risultati raggiunto dall'IGAV, nell'ultimo anno, analizzando la richiesta dei pazienti che necessitano di gestione della stomia e/o di medicazioni di ferite difficili, ci si è resi conto dell'importanza di affidare anche queste altre due specialità alla gestione infermieristica.

Il confezionamento di una stomia sulla vita delle persone ha un impatto significativo, tanto da indirizzare la ricerca sull'argomento allo studio di nuovi modelli assistenziali, finalizzati a garantire la migliore qualità di vita possibile per i pazienti. Le persone stomizzate convivono con una condizione cronica che determina effetti sul piano fisico, psicologico e sociale con una conseguente riduzione della qualità di vita (Ang et al., 2013). Educazione preoperatoria e postoperatoria e follow-up sono prestazioni essenziali delle altre due specialità per garantire risultati ottimali per l'individuo (Lim et al., 2015). Il paziente deve acquisire nuove abilità ed adattarsi alla modificata immagine di sé (WOCN, 2018).

Lo stomach care dovrà mirare ad un miglio-

mento del self-care del paziente, ritrovando quegli elementi di forza che gli daranno la possibilità di scoprire in sé stesso energia (empowerment). La gestione ambulatoriale è necessaria per garantire la continuità assistenziale e per verificare se l'educazione terapeutica trasmessa durante il ricovero sia stata recepita e messa in atto dal paziente.

È raccomandata la valutazione e il follow-up da parte di un infermiere stomaterapista al fine di ridurre eventuali eventi critici se il processo di cura non è gestito in modo ottimale. In generale, la letteratura evidenzia fortemente il bisogno di un regolare follow-up da parte di un infermiere stomaterapista nel post-operatorio per un minimo di 12 mesi (Recalla et al., 2013).

Il tema dell'assessment della cute correlato all'assistenza è oggi oggetto di molta attenzione e il WoundCare ha lo scopo di garantire ai pazienti cure adeguate e sicure per controllare il fenomeno delle lesioni cutanee a cui un sistema sanitario efficiente deve essere in grado di rispondere con strategie preventive e pro-attive (Seaton et al., 2020). Le valutazioni infermieristiche necessitano di una corretta e completa documentazione in fase di accertamento per la presa in carico del paziente con lesione non *Healing*, affinché venga erogata un'assistenza appropriata alle necessità cliniche dell'utente. I fattori che possono ostacolare la guarigione sono numerosi, pertanto un'adeguata preparazione teorica e competenza pratica rappresentano l'unico mezzo in grado di garantire il raggiungimento di obiettivi assistenziali e migliorare di fatto l'esito delle cure. L'attività clinica del WoundCare è trasversale, prevede prestazioni altamente specifiche e mirate a ciascun caso clinico.

In linea poi con la direzione attuale che il nostro Sistema Sanità sta intraprendendo, vi sono le prestazioni di Teleassistenza, ovvero erogazione di prestazioni infermieristiche a distanza con il supporto tecnologico, che il nostro Ambulatorio si propone di erogare. Tra i vantaggi possiamo annoverare:

- ▶ Ridurre gli accessi impropri in ospedale, gli spostamenti nel traffico, l'impegno dei caregiver, il disagio dei pazienti soprattutto nelle fasi critiche della malattia;
- ▶ Monitoraggio delle *Transitional Care* nei passaggi di *setting* verso il *follow-up*;

- ▶ Monitorare le capacità di *self-care* di pazienti e *caregiver*;
- ▶ Avere un *alert* rapido in caso di problemi a domicilio;
- ▶ Avere possibilità di visualizzare i comportamenti a domicilio e di correggere eventuali distorsioni/errori.

In tema di Teleassistenza, il nostro Istituto è promotore di un progetto di ricerca chiamato "progetto A.R.C.O" (Assistenza Remota al Caregiver Oncologico). Si tratta di un progetto in cui vengono arruolati pazienti portatori di PICC e che coinvolge anche strutture di Napoli e Genova.

L'home care, che prevede la medicazione tele-assistita dei dispositivi vascolari PICC, è supportata attraverso un dispositivo per le videochiamate e un supporto elettronico gestito da remoto, in grado di orientare la visuale secondo le necessità e di acquisire immagini.

Per questo scopo sono stati appositamente formati degli infermieri che fungono da tutor per i *caregiver*, assistendoli da remoto in sala operativa, situata presso gli IRCCS IFO per tutti i pazienti arruolati anche a Genova e Napoli. Al paziente viene fornito un sistema di connessione attraverso il quale il tutor esamina la medicazione e il sito di emergenza del catetere vascolare e può colloquiare con il paziente e il *caregiver* (preventivamente istruito) guidando e supervisionando la corretta esecuzione della procedura. Ad oggi, si è conclusa la prima parte di raccolta dati, che ha visto l'arruolamento di 34 pazienti domiciliari e 34 pazienti nel braccio di controllo (circa 335 prestazioni teleassistite).

L'analisi di risultati preliminari mostra un esito molto rilevante: una drastica riduzione di complicanze (infezioni, trombosi venose profonde o complicanze meccaniche che conducono alla necessità di rimuovere il *device*).

Tale progetto è di notevole rilevanza, anche per la scarsa disponibilità di letteratura scientifica in merito come sottolineato da Stern et al. (2012) e Walsh et al. (2003).

Se questo modello organizzativo dovesse rivelarsi efficace e sicuro, ci sarà la possibilità di estenderlo anche alle altre specialità (StomaCare e WoundCare). Si tratta di una piccola rivoluzione tecnologica che porterà l'ospedale non sul territorio ma direttamente nelle abitazioni dei pazienti.

■ CONCLUSIONI

Il nostro Ambulatorio Infermieristico rappresenta un'importante opportunità di investire nei percorsi di continuità delle cure e di integrazione con i servizi territoriali, un punto di riferimento per i pazienti fragili all'interno dell'IRCCS IFO in un'ottica di valorizzazione dei professionisti coinvolti, con un occhio attento al futuro e all'innovazione delle pratiche assistenziali. Il disegno ambulatoriale e la continuità delle cure risponde alle recenti indicazioni normative che indirizzano verso un lavoro di rete al fine di garantire una efficace presa in carico del paziente. Un modo differente di lavorare per migliorare e rendere più efficace l'uso delle risorse disponibili. Il confronto professionale e il lavoro di équipe professionale e multidisciplinare per la gestione dei casi cronici e complessi rappresenta un valore aggiunto. Il nostro Ambulatorio, dunque, è proiettato alla continuità delle cure, in attesa che il territorio si organizzi.

■ RINGRAZIAMENTI

Gli autori desiderano ringraziare il Dr. Emanuele Di Simone (RN, PhD) e il Dr. Alessandro Spano (RN, PhDs), entrambi afferenti alla UOC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenziale e della Ricerca, per il prezioso supporto scientifico e organizzativo fornito sin dalle fasi di concettualizzazione e progettazione di questa importante innovazione organizzativa.

Contributi degli autori

Concettualizzazione: Nicolò Panattoni e Fabrizio Petrone;

Metodologia: Nicolò Panattoni;

Redazione bozza originale: Nicolò Panattoni;

Revisioni: Tiziana Lavallo, Paolo Basili, Elisabetta Canofari;

Supervisione: Fabrizio Petrone;

Direzione del progetto: Fabrizio Petrone e Tiziana Lavallo.

Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto alcun finanziamento esterno.

Conflitti di interesse

Gli autori non dichiarano alcun conflitto di in-

teressi. Non hanno ricevuto o riceveranno alcun beneficio in qualsiasi forma da una parte commerciale collegata direttamente o indirettamente all'oggetto di questo articolo.

■ RIFERIMENTI

- I. https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnr_rsalute/homePNRRSalute.jsp (ultimo accesso: 17/10/2022 alle ore 13.23)
- II. Thomakos, N., Pandraklakis, A., Bisch, S. P., Rodolakis, A., & Nelson, G. (2020). ERAS protocols in gynecologic oncology during COVID-19 pandemic. *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 30(6), 728-729. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001439>
- III. Teixeira, T., Carvalho, L. G., Camargo, G. G., & De Domenico, E. (2021). Cancer care in the COVID-19 era and psychosocial impacts on oncology nursing in Brazil. *Ecancermedicalscience*, 15, 1331. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1331>
- IV. Almouaalamy, N. A., Jafari, A. A., & Althubaiti, A. M. (2022). Tele-clinics in palliative care during the COVID-19 outbreak: Tertiary care cancer center experience. *Saudi medical journal*, 43(4), 394-400. <https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.4.20210808>
- V. Bakitas, M., Chevillat, A. L., Mulvey, T. M., Peppercorn, J., Watts, K., & Dionne-Odom, J. N. (2021). Telehealth Strategies to Support Patients and Families Across the Cancer Trajectory. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 41, 413-422. https://doi.org/10.1200/EDBK_320979
- VI. Hu, J., Wang, Y., & Li, X. (2020). Continuity of Care in Chronic Diseases: A Concept Analysis by Literature Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(4), 513-522. <https://doi.org/10.4040/jkan.20079>
- VII. Hadeed, N., & Fendrick, A. M. (2021). Enhance care continuity post COVID-19. *The American journal of managed care*, 27(4), 135-136. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2021.88508>

- VIII Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., & Rudzki, S. (2020). The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 87. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010087>
- IX. Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M. Y., & Lam, W. (2018). Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *PloS one*, 13(6), e0199183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199183>
- X. Arnold S. (2019). Case management: An overview for nurses. *Nursing*, 49(9), 43-45. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83>
- XI. Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2527-2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- XII. Giordano, V., Nicolotti, M., Corvese, F., Vellone, E., Alvaro, R., & Villa, G. (2020). Describing self-care and its associated variables in ostomy patients. *Journal of advanced nursing*, 76(11), 2982-2992. <https://doi.org/10.1111/jan.14499>
- XIII. Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1094-1102. <https://doi.org/10.1111/jocn.14135>
- XIV. Mattila, E., Pitkänen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A., & Aalto, P. (2014). The effects of the primary nursing care model: a systematic review.
- XV. Brunetti, P., Pellegrini, W., Masera, G., Berchiolla, P., & Dal Molin, A. (2015). Il modello assistenziale dello Human Caring: risultati di uno studio pre e post intervento con gruppo di controllo. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 68(1).
- XVI. Sollazzo F., Liquori G., Trotta F., Urban J., Di Simone E., Dionisi S., De Nuzzo D., Cappitella C., Di Nitto M., Giannetta N., Tafuri A., Di Muzio M. (2021) How to improve educational behaviors for caregivers and patients having Central Venous Access Device (CVAD): a scoping review *WCRJ* 2021; 8: e1846 DOI: 10.32113/wcrj_20211_1846
- XVII. Ang, S. G., Chen, H. C., Siah, R. J., He, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncology nursing forum*, 40(6), 587-594. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.587-594>
- XVIII. Lim, S. H., Chan, S. W., & He, H. G. (2015). Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period. *Cancer nursing*, 38(3), 185-193. <https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000158>
- XIX. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, & Guideline Development Task Force (2018). WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing* : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 45(1), 50-58. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000396>
- XX. Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013). Ostomy care and management: a systematic review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing* : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 40(5), 489-E2. <https://doi.org/10.1097/WON.obo13e3182a219a1>
- XXI. Seaton, P., Cant, R. P., & Trip, H. T. (2020). Quality indicators for a community-based wound care centre: An integrative review. *International wound journal*, 17(3), 587-600. <https://doi.org/10.1111/iwj.13308>
- XXII. Stern, A., Valaitis, R., Weir, R., & Jadad, A. R. (2012). Use of home telehealth in palliative cancer care: a case study. *Journal of telemedicine and telecare*, 18(5), 297-300. <https://doi.org/10.1258/jtt.2012.111201>
- XXIII. Walsh, S. M., & Schmidt, L. A. (2003). Telephone support for caregivers of patients with cancer. *Cancer nursing*, 26(6), 448-453. <https://doi.org/10.1097/00002820-200312000-00004>

LISA SANTINON

Infermiera

lisa.santinon@gmail.com

ELENA ARDIZZI

Infermiera e Tutor pedagogico presso Corso di Laurea in Infermieristica

Università degli Studi di Torino

elena.ardizzi@unito.it

LA QUALITÀ E I FATTORI DI DISTURBO DEL SONNO NEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA: ACCERTAMENTO E INTERVENTI INFERMIERISTICI DI PROMOZIONE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il sonno rappresenta un bisogno fondamentale per il mantenimento di una buona qualità di vita e del benessere fisico, sociale, ed emotivo dell'individuo. L'ospedalizzazione in contesti ad alta intensità di cura può determinare un ostacolo al sonno e una scarsa qualità. Gli infermieri possono svolgere un ruolo chiave nel miglioramento della qualità del sonno dei pazienti ospedalizzati.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è indagare la qualità del sonno nel paziente ricoverato in un'unità di terapia intensiva coronarica e identificare i fattori di disturbo ambientali, al fine di individuare gli interventi di miglioramento legati all'assistenza infermieristica, sulla base dello stato dell'arte disponibile.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale monocentrico su un campione di pazienti afferenti ad un'Unità di Terapia Intensiva Coronarica del torinese, nel periodo tra Aprile e Maggio 2022. Lo strumento utilizzato consiste in un questionario integrato dato dal Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)

e da una sezione dello Sleep in the Intensive Care Unit Questionnaire (SICUQ).

RISULTATI

Lo studio ha arruolato 31 pazienti, di cui 29 maschi e 2 femmine. La qualità del sonno negli assistiti in UTIC è risultata nella media. I fattori di disturbo ambientali principali sono stati il rumore, la luce e gli interventi assistenziali infermieristici; le fonti di interruzione sonore prevalenti sono risultate le voci, gli allarmi del cardiofrequenzimetro, della pompa infusoriale e del ventilatore meccanico.

CONCLUSIONI

Il sonno per i pazienti in UTIC si è rivelato, seppur mediocre, di qualità superiore rispetto a ciò che riporta la letteratura. I fattori di disturbo coincidono con i dati presentati da altri studi internazionali. È necessario che il bisogno di sonno-riposo venga considerato prioritario dall'infermiere, al fine di poter attuare interventi farmacologici, ambientali, di barriera o interni, per la promozione di una corretta igiene del sonno.

PAROLE CHIAVE

Sleep, sleep quality, inpatients, intensive care unit, nurse, nursing intervention.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Sleep represents a fundamental need for maintaining a good quality of life and the physical, social, and emotional well-being of the individual. Hospitalization in intensive care department can lead to a lack of sleep and poor quality. Nurses can play a key role in improving the sleep quality of hospitalized patients.

MAIN

The main of this study is to investigate the quality of sleep in the patient admitted to a coronary intensive care unit and to identify factors of environmental disturbance, in order to determine improvement interventions related to nursing, based on the state of the art available.

MATERIALS AND METHODS

A monocentric observational study was conducted on a sample of patients belonging to a Coronary Intensive Care Unit in Turin, in the period between April and May 2022. The tool used consists of an integrated questionnaire provided by the Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) and by a section

of Sleep in the Intensive Care Unit Questionnaire (SICUQ).

RESULTS

The study enrolled 31 patients, including 29 males and 2 females. Sleep quality in UTIC patients was average.

The main environmental disturbances were noise, light and nursing interventions; the major sources of sound interruption were the voices, the alarms of the heart rate monitor, the infusion pump and the mechanical ventilator.

CONCLUSIONS

Sleep for patients in UTIC has proved to be, albeit mediocre, of superior quality compared to what is reported in the literature. Disturbance factors coincide with data presented by other international studies. It is necessary that the need for sleep-rest is considered a priority by the nurses, in order to implement pharmacological, environmental, barrier or internal interventions, for the promotion of proper sleep hygiene.

KEY WORDS

Sleep, sleep quality, inpatients, intensive care unit, nurse, nursing intervention.

INTRODUZIONE

Il sonno è un bisogno fondamentale della persona e componente essenziale per assicurare il benessere dell'organismo. Dormire è associato a funzioni di risparmio energetico, ripristino, clearance di metaboliti, promozione della plasticità cerebrale ed è dunque importante per garantire la salute mentale, cardiovascolare, cerebrovascolare, metabolica e cognitiva dell'individuo (Ramar K et al., 2021). Sebbene il sonno sia essenziale per la guarigione, l'in-

terruzione del sonno e la privazione del sonno rappresentano una preoccupazione frequente tra i pazienti ospedalizzati, soprattutto tra i ricoverati nelle unità di terapia intensiva. (Ramar K et al., 2021) La ridotta qualità del sonno è stata citata dai pazienti come uno dei principali fattori di stress durante il ricovero in ospedale (Auckley D., 2022).

L'American Academy of Sleep Medicine (AASM) e la Sleep Research Society (SRS) affermano che un sonno sano richiede durata adeguata, buona

qualità, tempismo e regolarità appropriati, nonché assenza di fattori disturbanti o disturbi del sonno. Si stima che circa 7-9 ore di sonno totale siano da raccomandare alla popolazione adulta per un sonno sano. La National Sleep Foundation (NSF) presenta quattro indicatori chiave per una buona qualità del sonno:

1. Minor difficoltà nell'iniziare il sonno;
2. Dormire per più tempo;
3. Meno di due casi di risveglio notturno;
4. Capacità di tornare a dormi-

re entro 20 minuti dal risveglio notturno.

Più recentemente, la soddisfazione personale del sonno è stata aggiunta come ulteriore indicatore chiave per una buona qualità di quest'ultimo. (Varghese NE. et al., 2020)

I dati reperibili in letteratura hanno dimostrato una scarsa qualità del sonno negli individui ricoverati in terapia intensiva con alterazioni significative dell'architettura fisiologica; questo risulta altamente frammentato, con frequenti eccitazioni, scarsa efficienza, aumento del sonno di fase 2 (N2), riduzione o assenza di sonno profondo o a onde lente (N3) e di sonno REM (Auckley D., 2022). L'esito è dato da una predominanza di fasi superficiali del sonno a discapito di quelle più profonde e ristorative (Jordaney N. et al., 2019).

Si riporta inoltre una diminuzione del tempo totale di sonno, di cui più del 50% viene espletato durante le ore diurne (Beck Edvardsen J. Et al., 2020). Il ridotto sonno in unità di terapia intensiva è associato a fattori di disturbo ambientali, rappresentati dal rumore e dalla luce, ma anche dagli interventi assistenziali infermieristici (Mori C. et al., 2021) che si rendono necessari per assicurare le dimensioni di "to care" e "to cure" al paziente (ad esempio il monitoraggio dei parametri vitali, la somministrazione di terapie farmacologiche ad orario, il prelievo venoso). I fattori di disturbo non ambientali comprendenti aspetti intrinseci o psicologici propri del paziente (ad esempio paura, ansia, stress) e i fattori correlati alla

condizione clinica dell'assistito stesso (ad esempio presenza di dolore, nausea, disturbi del sonno preesistenti) giocano un ruolo altrettanto importante nella modifica del ritmo sonno-veglia (Auckley D., 2022).

L'alterazione del modello di sonno-riposo determina conseguenze potenzialmente negative per lo stato psicofisico del soggetto, nel breve e lungo termine. La privazione di sonno si associa a ritardo nella guarigione, compromissione della funzione immunitaria, riduzione della soglia del dolore, distress emozionale, disturbi dell'umore e aumento del rischio di sviluppare delirium. Tra gli esiti si riportano in letteratura un ridotto controllo glicemico, ipertensione, aumento della frequenza cardiaca e incremento della durata della degenza. Sul lungo termine si assiste a ripercussioni quali ridotta performance nelle attività di vita quotidiane, un aumentato rischio di sviluppare complicanze mediche, comorbidità psicologiche e una sopravvivenza più breve. (Bellon F. et al., 2022) I clinici dovrebbero informarsi regolarmente sulle abitudini del sonno, sui sintomi, sui disturbi del sonno-veglia durante gli incontri con i pazienti; gli ospedali e le strutture di assistenza a lungo termine dovrebbero invece ottimizzare le condizioni del sonno. (Ramar K et al., 2021) Il sonno sano dovrebbe essere un obiettivo per la salute pubblica, così come dovrebbero essere attivamente promossi i comportamenti volti a raggiungere quest'ultimo e gli interventi sul posto di lavoro, per migliorare gli esiti di salute. (Ramar K et

al., 2021) Gli infermieri possono svolgere un ruolo chiave nel miglioramento della qualità del sonno dei pazienti ospedalizzati, in quanto operatori sanitari di prima linea nell'assistenza. Promuovendo il sonno, gli infermieri potrebbero essere in grado di influenzare il recupero, la riabilitazione e la durata della degenza dei pazienti in terapia intensiva.

■ OBIETTIVO

Indagare la qualità del sonno nel paziente ricoverato in unità di terapia intensiva coronarica (UTIC) e identificare i fattori di disturbo ambientali al fine di individuare gli interventi di miglioramento legati all'assistenza infermieristica, sulla base dello stato dell'arte disponibile.

■ IL SETTING DI STUDIO

Il setting di studio dispone di un totale di otto posti letto allestiti in unico ampio spazio a ferro di cavallo attorno alla cabina centrale, dove vi è disposta l'infermeria con ampie vetrature funzionali all'osservazione dei pazienti. All'interno della cabina centrale sono presenti due monitor dotati di allarmi per il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti dell'UTIC e dei ricoverati nel reparto di degenza cardiologica adiacente. Tra i diversi pc a disposizione del personale sanitario, uno risulta dotato di un sistema telematico che connette le centrali di emergenza del NUE con la terapia intensiva consentendo

Figura 1

Postazione infermieristica dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dell'AOU San Luigi Gonzaga (TO)

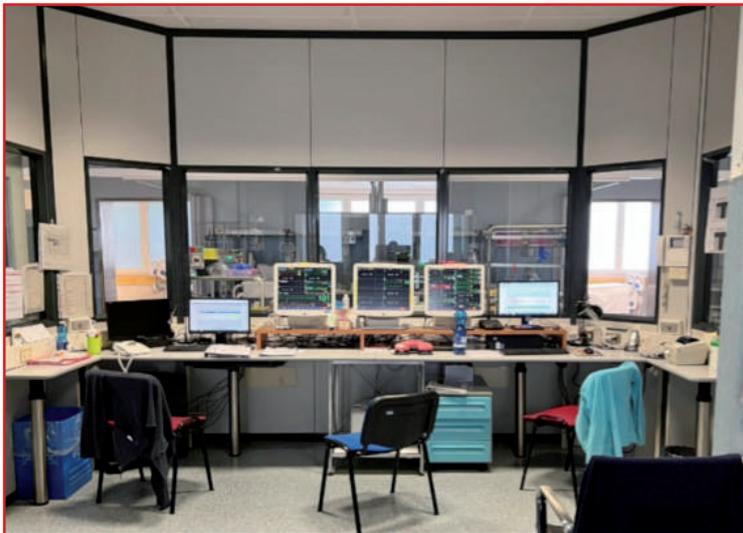


Figura 2

Posto letto nell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dell'AOU San Luigi Gonzaga (TO)



di avvertire il personale medico-infermieristico dell'imminente arrivo di un'emergenza medica tramite un forte allarme e la visualizzazione sullo schermo dell'ECG (Elettrocardiogramma) refertato. Il sistema è attivo tutti i giorni 24 ore su 24, dunque anche nelle ore notturne, con le medesime modalità acustiche e visive. L'ambiente è illuminato nelle ore diurne da luci prettamente artificiali. Gli armadi e i carrelli contenenti il materiale necessario all'assistenza dei degenti sono organizzati all'interno del medesimo spazio in cui risiedono gli assistiti.

Ogni postazione è caratterizzata da un letto singolo a cui si affianca un monitor multiparametrico per il monitoraggio stretto dei segni vitali del paziente. Nell'area testa-letto vi sono le luci individuali, prese elettriche utili per l'alimentazione di presidi medici e prese per l'erogazione di ossigenoterapia e aria compressa. Gli ap-

parecchi elettromedicali sono dotati di allarmi che rilevano i valori soglia impostati e allertano la presenza di parametri alterati o alterazioni correlate la flebo. La luminosità degli schermi è regolabile con funzione diurna (più brillante) e notturna (più tenue). Le attività assistenziali infermieristiche sono prevalentemente concentrate nei turni mattutini e pomeridiani, con eccezioni dettate dalle condizioni cliniche delle persone assistite e da eventuali nuovi ricoveri o emergenze.

Generalmente gli interventi assistenziali si riducono drasticamente dalle ore 22.00, con concomitante spegnimento delle luci e limitazione dei rumori. Tra le principali attività assistenziali notturne si annoverano il monitoraggio dei segni vitali, la somministrazione delle terapie farmacologiche ad orario ed il prelievo ematico nelle prime ore del mattino. Un'adeguata illuminazione e una co-

municazione attiva tra i membri dell'equipe sono elementi necessari che permettono di gestire in sicurezza una situazione di urgenza o emergenza, indipendentemente dall'orario in cui questa si verifichi.

■ MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale monocentrico su un campione di pazienti afferenti ad un'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) di un'Azienda Ospedaliera del Torinese tra Aprile e Maggio 2022.

I partecipanti allo studio sono stati arruolati, secondo campionamento non probabilistico di convenienza e su base volontaria, previa acquisizione del consenso informato scritto.

I dati sono stati raccolti previa richiesta di autorizzazione alla Direzione delle Professioni Sanitarie, al Dirigente Medico

Responsabile del reparto e alla Coordinatrice Infermieristica del servizio.

Sono stati garantiti il diritto all'anonimato ed alla confidenzialità dei dati, gli stessi sono stati trattati in modo aggregato. A garanzia di quanto dichiarato sono state perseguite specifiche operazioni quali il rispetto delle esigenze dei soggetti arruolati, l'archiviazione separata di questionari e moduli di consenso, l'inaccessibilità ai dati da terzi esterni al progetto ed il rispetto di quanto contenuto nella Dichiarazione di Helsinki.

I criteri di inclusione nello studio comprendevano:

- il compimento della maggiore età;
- un punteggio Glasgow Coma Scale (GCS) pari a 15;
- la durata della degenza in UTIC di almeno 24 - 48 h;
- la capacità da parte del paziente di comprendere la lingua italiana e/o inglese.

Sono state escluse le persone assistite sedate, con compromissione cognitiva o analfabete. In seguito alla consultazione della letteratura in merito agli strumenti preferibili per rispondere all'obiettivo di ricerca, si opta per la costruzione di un questionario unificato composto dai due questionari validati: Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) e lo Sleep in Intensive Care Unit Questionnaire (SICUQ). L'RCSQ permette di misurare i vari domini della qualità del sonno: profondità, latenza, efficienza, il numero di risvegli e la qualità del sonno. Ognuno dei 5 quesiti, è caratterizzato da una scala visuo - analogica con un punteggio da 0 a 100 mm,

dove 0 rappresenta un sonno scarso e 100 il miglior sonno possibile. Del questionario Sleep in Intensive Care Unit Questionnaire (SICUQ) si è preso in considerazione esclusivamente la sezione relativa ai 18 possibili fattori di disturbo del sonno, ciascuno dei quali viene indagato con una scala likert da 1 a 10, dove 1 indica "nessuna interruzione" e 10 indica "interruzione significativa" del sonno.

Entrambe le scale individuate sono state proposte in lingua italiana ed inglese, tradotte con il supporto di esperti madrelingua. In aggiunta vengono raccolte informazioni utili all'analisi demografica del campione: età, genere, assunzione di farmaci induttori del sonno, diagnosi di insonnia.

Il questionario unico in associazione al modulo informativo sul progetto e la richiesta di consenso alla raccolta dati è stato personalmente consegnato al paziente, secondo i criteri di inclusione ed esclusione sopra citati. La consegna è stata organizzata compatibilmente con le esigenze di reparto e indipendentemente dal turno di lavoro in corso.

La compilazione di ogni campo è stata realizzata da ciascun soggetto in autonomia, seguendo il principio di autovalutazione. Vengono indagati la qualità, quantità, e fattori di disturbo del sonno in riferimento all'ultima notte trascorsa in UTIC dal soggetto.

I dati raccolti sono presentati come numeri e percentuali per variabili categoriali e come media e DS nel caso di variabili continue.

■ RISULTATI

Sono state arruolate 31 persone assistite, la totalità ha compilato il questionario nella versione in lingua italiana.

Caratteristiche (N=31)	Risultati ¹
Genere	
Femminile	2 (6.45)
Maschile	29 (93.5)
Età (Media ± DS)	72 ± 11.04
Farmaci ipnoinducenti	5 (16)
Insonnia	3 (9.6)

Tabella 1

Caratteristiche demografiche e cliniche del campione (N=31)

¹ I dati sono presentati come numero (percentuale) di pazienti se non diversamente indicato.

Dallo studio condotto emerge che la qualità del sonno nei pazienti ricoverati presso l'UTIC in studio è mediocre (RCSQ totale 50,23 mm ± 23,36). In particolare, per il 19,3% il sonno è stato molto scarso, per 67,7% mediocre, mentre il restante 12,9 % ha riportato un livello di sonno molto buono.

Sul totale degli assistiti il campione femminile (n = 2) ha espresso una qualità del sonno con valore di media RCSQ totale pari a 77 mm ± 19,8, espressione di un sonno molto buono.

La popolazione di genere maschile (n = 29) ha riportato una qualità del sonno con media RCSQ totale di 48,38 mm ± 22,71, determinando un sonno di qualità mediocre.

Tra i soggetti non in terapia farmacologica ipnoinducente (n = 26) la qualità del sonno con media tra gli score totali RCSQ era pari a $52,31 \text{ mm} \pm 23,36$, punteggio indicativo di un sonno mediocre. Sull'intera popolazione in esame tre assistiti, la totalità di genere maschile, hanno dichiarato di soffrire di insonnia; di questi ultimi due hanno riferito di assumere farmaci ipnoinducenti. Un solo soggetto, anch'esso di genere maschile, ha riportato di essere affetto da insonnia e di non assumere, per far fronte a tale disturbo, farmaci ipnotici. Per il campione in terapia farmacologica ipnoinducente (n = 5) la qualità del sonno espressa attraverso la media degli score totali RCSQ era pari a $39,4 \text{ mm} \pm 22,53$, ossia di media qualità. Sul complesso dei trattati con farmaci ipnoinducenti, tutti uomini, 3 non risultavano affetti da insonnia. La qualità del sonno espressa attraverso lo score totale dell'RCSQ da coloro che soffrivano di insonnia e seguivano una terapia ipnoinducente, è stata per il primo paziente mediocre (score totale = 52 mm) e per il secondo molto scarsa (score totale = 13 mm). Il paziente sprovvisto di schema terapeutico per tale patologia riferiva invece una qualità del sonno molto buona, con punteggio totale RCSQ di 90 mm. Lo score totale RCSQ per le persone assistite non affette da insonnia ma con terapia ipnoinducente in corso è stata per un solo soggetto molto scarso (score totale = 24 mm) e per i restanti due pazienti mediocre (score totale = 38 mm; score totale 70 mm).

La profondità (RCSQ 1) e la latenza (RCSQ 2) del sonno, sono state considerate dal 22,58 % del campione in esame molto scarse, per il 61,29 % nella media e per il 16,12 % molto buone. Il numero di risvegli (RCSQ 3) e la capacità di riaddormentamento (RCSQ 4) durante la notte antecedente alla compilazione del questionario, sono stati espressione per il 16,12 % di un sonno scadente, per il 61,29 % mediocre e per il 22,58 % molto buono. La qualità complessiva del sonno (RCSQ 5) è risultata scadente per il 25,8 % dei degenti in UTIC, nella media per il 51,61% e molto buono per il 29,03 %. Nel grafico II sono riportati i fattori ambientali di disturbo del sonno indagati nello studio in ordine decrescente. Dall'analisi dei risultati emergono alcune differenze tra i due generi. I fattori di disturbo del sonno per le pazienti, in ordi-

ne decrescente, sono stati: il prelievo ematico ($5,5 \pm 5,66$), la somministrazione della terapia farmacologica ($5 \pm 5,66$), il rumore ($4,5 \pm 4,95$), gli interventi assistenziali dell'equipe infermieristica ($2 \pm 1,41$), l'esecuzione dei test diagnostici ($2 \pm 1,41$), la rilevazione dei parametri vitali ($1,15 \pm 0,71$) e la luce (1 ± 0). Gli elementi di interruzione del sonno per la coorte maschile dal maggior disturbante al minor sono stati: il rumore ($3,79 \pm 3,33$), la luce ($2,97 \pm 2,69$), gli interventi assistenziali dell'equipe infermieristica ($2,69 \pm 2,63$), il prelievo ematico ($2,21 \pm 1,50$), il monitoraggio dei parametri vitali ($2,14 \pm 1,90$) e la somministrazione della terapia farmacologica ($2,10 \pm 1,78$). Infine, l'esecuzione dei test diagnostici risultava, con media di $1,34 \pm 1,29$, il fattore di interruzione del sonno meno fastidioso per gli uomini ricoverati in UTIC.

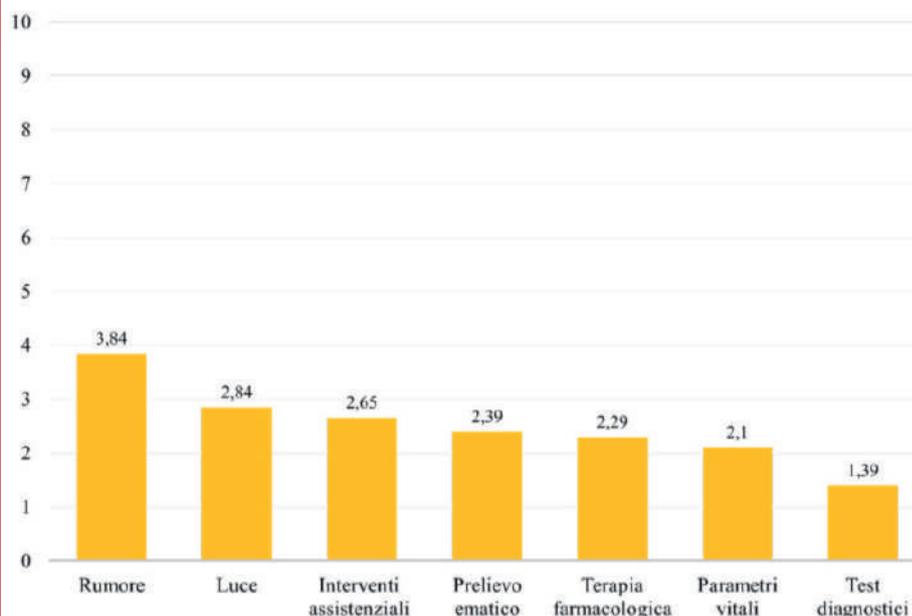


Grafico II
Fattori ambientali di disturbo del sonno nei pazienti in UTIC

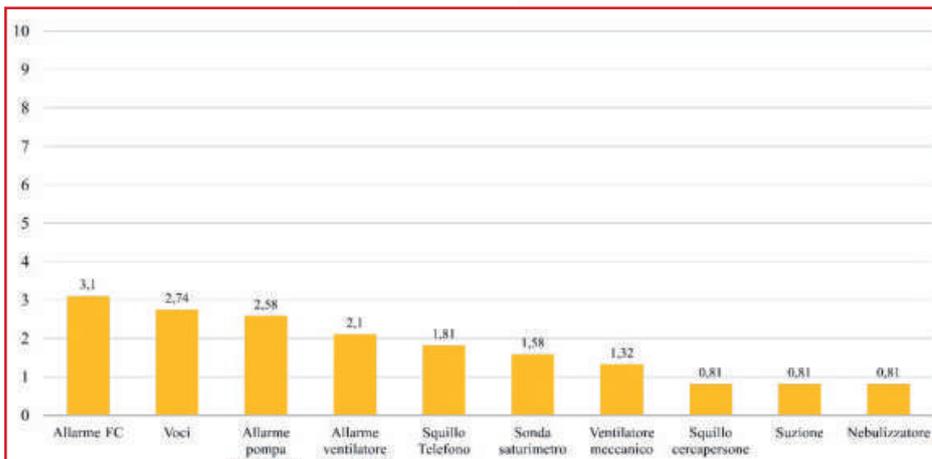


Grafico III
Fattori sonori di disturbo del sonno nei pazienti in UTIC

I fattori di disturbo del sonno riportati dalla categoria di assistiti non in terapia con farmaci ipnoinducenti sono stati, dal più ostacolante il sonno al meno: il rumore ($3,81 \pm 3,31$), la luce ($2,92 \pm 2,61$), gli interventi assistenziali ($2,88 \pm 2,73$), il prelievo ematico ($2,5 \pm 2,04$), la somministrazione della terapia farmacologica ($2,31 \pm 2,24$), la rilevazione dei parametri vitali ($1,96 \pm 1,61$) e l'esecuzione di test diagnostici ($1,42 \pm 1,36$). L'assistito affetto da insonnia, non assumente terapia farmacologica, ha riportato come principale fattore di disturbo del sonno la luce, con un valore di interruzione pari a 2 sulla scala likert, mentre i restanti fattori ambientali erano da lui descritti con uno score di interruzione pari a 1. I fattori di disturbo ambientali riportati dal campione ($n = 5$) in terapia ipnoinducente in ordine decrescente, risultavano essere: il rumore ($4 \pm 3,94$), la rilevazione dei parametri vitali ($2,8 \pm 2,95$), la luce descritta ($2,4 \pm 3,13$), la somministrazione della terapia farmacologica ($2,2 \pm$

$1,64$), il prelievo di sangue ($1,80 \pm 0,84$) e gli interventi assistenziali dell'equipe infermieristica ($1,40 \pm 0,55$). Infine, con media di $1,20 \pm 0,84$, si presentava il fattore di interruzione del sonno determinato dall'esecuzione di test diagnostici.

Dalla valutazione dei fattori sonori di disturbo del sonno riportati dal campione, emergono come maggiori interferenti i rumori perpetrati dagli allarmi del cardiofrequenzimetro, del ventilatore e dalla pompa infusione, ma anche le voci e gli

squilli del telefono di reparto. I suoni considerati minori sono stati prodotti dal ventilatore meccanico in azione, dalla sonda di rilevazione della saturazione, dal nebulizzatore, dalla suzione e dallo squillo del cercapersone.

In particolare, il genere femminile individua tra i maggiori elementi uditivi di interruzione del sonno i perpetrati dall'allarme del cardiofrequenzimetro ($5,5 \pm 6,36$), dalle voci ($5,5 \pm 5,66$), dall'allarme della pompa infusione ($5,5 \pm 5,66$), dall'allarme del ventilatore ($5,5 \pm 5,66$) e dal cercapersone ($5,5 \pm 6,36$). Con pari valore medio di $3,5 \pm 3,54$ si sono presentati, come fattori di interruzione minore, i suoni dati dal telefono dell'unità operativa, dal ventilatore meccanico in azione, dalla sonda del saturimetro, dal nebulizzatore e dalla suzione. L'allarme del cardiofrequenzimetro ($2,93 \pm 2,49$) è risultato per i degenti maschi in UTIC il rumore più dirompente seguito dalle voci ($2,59 \pm 2,5$), dall'allarme della pompa infusione ($2,41 \pm 1,88$) e del ventilatore (2



$\pm 1,93$), dallo squillo del telefono ($1,55 \pm 1,68$), dalla sonda del saturimetro ($1,45 \pm 1,48$), dal ventilatore meccanico in azione ($1,17 \pm 1,61$), dalla suzione ($0,62 \pm 1,21$), dal nebulizzatore ($0,62 \pm 1,21$) e dallo squillo del cercapersone ($0,48 \pm 0,69$).

I fattori sonori di interruzione del sonno riportati dalla popolazione che non assumeva terapia ipnotica, dal più perturbante al meno, sono stati: l'allarme del cardiofrequenzimetro ($3,46 \pm 2,86$), il mormorio ($2,92 \pm 2,83$), l'allarme della pompa infusoriale ($2,85 \pm 2,29$) e del ventilatore meccanico ($2,27 \pm 2,15$), lo squillo del telefono dell'UTIC ($1,92 \pm 2,42$), il saturimetro ($1,69 \pm 1,76$), il ventilatore meccanico in azione ($1,38 \pm 1,92$), la suzione ($0,92 \pm 1,62$), il nebulizzatore ($0,92 \pm 1,62$) e infine il cercapersone ($0,85 \pm 1,97$). Il campione in terapia ipnoinducibile riportava invece, come rumore maggiormente dirompente, quello derivato dalle voci, con media $1,8 \pm 1,79$. In ordine decrescente dal più disturbante al meno seguono lo squillo del telefono dell'UTIC e gli allarmi del cardiofrequenzimetro, del ventilatore meccanico, nonché della pompa infusoriale. La totalità dei fattori appena citati è presentata con una media di $1,2 \pm 0,45$. Di seguito con una media di $1 \pm 0,71$ sono stati descritti il rumore del ventilatore meccanico in azione e del saturimetro. Nelle ultime posizioni si sono collocati i fattori di interruzione sonori dati dal cercapersone con una media di $0,6 \pm 0,89$ e con una egual media di $0,2 \pm 0,45$ i rumori dati dalla suzione e dall'uso del nebulizzatore.



■ DISCUSSIONE

Dallo studio condotto emerge che la qualità del sonno nei pazienti ricoverati presso l'UTIC, setting di studio, del territorio torinese è mediocre. Questo risultato non è pienamente concorde con i dati riportati in letteratura, dove si evidenzia una qualità più scarsa del sonno negli individui ricoverati in terapia intensiva (Auckley D., 2022). Lo studio ha confermato invece, con l'analisi delle singole caratteristiche del sonno, espresse attraverso i 5 quesiti dell'RCSQ, un sonno altamente frammentato, con frequenti eccitazioni e scarsa efficienza (Auckley D., 2022) (Jordaney N. et al., 2019). La profondità del sonno risulta medio-scadente, sono riportate evidenti difficoltà di addormentamento, un numero di risvegli notturni considerevole e disagi nel riaddormentarsi; quest'ultimi aspetti concorrono nel descrivere l'interruzione e la privazione del sonno, preoccupazioni frequenti tra i pazienti in UTI (Ramar K et al., 2021). La qualità complessiva del sonno (RCSQ 5) espressa dai pazien-

ti risulta essere per il 51,61% mediocre, per il 29,03% molto buona e per il 25,8% scadente. Si constata quindi che i 4 indicatori chiave espressi dalla NSF (National Sleep Foundation) per una buona qualità del sonno sono compromessi nel campione in esame. In totale armonia con la letteratura, tra i fattori di disturbo ambientali indagati, i maggiormente riportati dai pazienti sono risultati essere il rumore, la luce e gli interventi assistenziali infermieristici (Auckley D., 2022) (Mori C. et al., 2021). In totale congruenza con altri studi, i fattori sonori più dirompenti per la popolazione indagata sono stati rappresentati dagli allarmi prodotti dal cardiofrequenzimetro, dal ventilatore e dalla pompa infusoriale, ma anche dal mormorio e dagli squilli del telefono di reparto (Mori C. et al., 2021) (Bernat Adell MD et al., 2021). I fattori meno disturbanti sono stati quelli prodotti dal ventilatore meccanico in azione, dalla sonda di rilevazione della saturazione, dal nebulizzatore, dalla suzione e dal cercapersone.



Dall'analisi dei risultati proposti dai due sessi si sono rilevate alcune differenze. La coorte femminile ($n = 2$) ha definito il proprio sonno in UTIC di qualità molto buona (RCSQ totale $77 \text{ mm} \pm 19,8$), in totale contrapposizione con le evidenze riportate in letteratura. Il campione maschile ($n = 29$) ha invece definito una qualità media del sonno (RCSQ totale $48,38 \pm 22,71$), superiore a quella riconosciuta in altri studi in setting ad alta intensità. Per le donne, i fattori di interruzione maggiori del sonno sono stati la somministrazione dei farmaci, il prelievo ematico ed il rumore. Le azioni meno impattanti, secondo le assistite, sono risultate essere l'intervento assistenziale 32 infermieristico, la rilevazione dei parametri vitali e l'esecuzione di test diagnostici. La coorte maschile ha invece delineato come maggiormente fastidiosi il rumore, la luce, gli interventi assistenziali dell'equipe infermieristica, il prelievo di sangue e come meno fastidiosi la somministrazione della terapia farmacologica e i

test diagnostici. Tra i fattori auditivi di interruzione del sonno entrambi i generi hanno individuato l'allarme del cardiofrequenzimetro come il principale, mentre i meno perturbanti sono stati per gli uomini i rumori del ventilatore meccanico in azione, della suzione, del nebulizzatore e lo squillo del cercapersone. Per le donne si esclude quest'ultimo elemento sonoro e si aggiunge all'elenco il rumore derivante dalla sonda del saturimetro e dal telefono dell'unità operativa. Analizzando le due categorie di pazienti, tra coloro che assumevano farmaci ipnoinducenti e coloro i quali erano sprovvisti di uno schema farmacologico di questo tipo, si evidenziano alcune discrepanze. La qualità percepita tramite la media degli score totali RCSQ dei singoli individui per ogni sotto campione ha riportato in entrambi i casi un valore RCSQ totale compreso nella fascia media (range $26 - 75 \text{ mm}$) di lettura; nello specifico per i trattati si riportava una qualità del sonno di $39,4 \text{ mm} \pm 22,53$ e per i non tratta-

ti di $52,31 \text{ mm} \pm 23,6$. I fattori di interruzione del sonno prevalenti, per la classe di popolazione con schema di terapia ipnoinducente (gruppo A) impostato, sono stati dati dal rumore, dalla rilevazione dei parametri vitali, dalla luce e dalla somministrazione della terapia farmacologica. I soggetti sprovvisti di scheda terapeutica ipnotica (gruppo B) hanno citato tra i disturbanti maggiori in ordine di importanza: il rumore, la luce, gli interventi assistenziali dell'equipe e la procedura del prelievo di sangue. I fattori ambientali meno disturbanti per il gruppo A sono stati il prelievo ematico, gli interventi assistenziali perpetrati dai sanitari e l'esecuzione di test diagnostici. Il gruppo B ha invece riportato come meno influenzanti il sonno la somministrazione della terapia farmacologica, la rilevazione dei parametri vitali e l'esecuzione di test diagnostici.

■ LIMITI

Lo studio è stato monocentrico e sono necessarie ulteriori ricerche al fine di approfondire ed estendere i risultati raccolti. La numerosità campionaria, adeguata all'analisi interna, risulta probabilmente inadeguata a fornire conclusioni su specifiche categorie di pazienti. Sono stati indagati tra i fattori di disturbo del sonno unicamente quelli ambientali, tralasciando i fattori di disturbo intrinseci. I risultati sono setting - specifici e quindi non necessariamente estendibili a reparti con diversa organizzazione. È possibile che i pazienti, al mo-

mento della rilevazione, non avessero un ricordo adeguato del sonno. I dati sono stati raccolti da un'unica voce.

■ CONCLUSIONI

Lo studio ha permesso di valutare la qualità del sonno dei pazienti ricoverati in UTIC e individuare i principali fattori ambientali che la influenzano. Gli assistiti ricoverati in ospedale hanno una qualità del sonno mediocre causata da fattori e condizioni che potrebbero essere anticipati e gestiti dal personale medico e infermieristico. Vi è la mancanza di una politica di gestione del sonno e di consapevolezza da parte del personale sanitario sull'importanza di assicurare una buona qualità del sonno agli assistiti. L'accertamento del modello di sonno-riposo di ogni assistito è fondamentale per rilevarne la fisiologia, eventuali alterazioni, la presenza di disturbi del sonno preesistenti e per misurare l'efficacia degli interventi di promozione erogati.

La malattia acuta provoca squilibri

fisiologici che possono potenzialmente alterare il buon sonno; pertanto, assume rilevanza il trattamento dei sintomi e della condizione medica e chirurgica sottostante. Un'attenta considerazione dovrebbe essere data agli effetti collaterali dei farmaci, soprattutto quando i pazienti lamentano disturbi del sonno.

L'infermiere presta consulenza ponendo i suoi saperi ed abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni è perciò anche suo compito e responsabilità guardare alla terapia farmacologica e collaborare con il medico per ottimizzare gli esiti di salute della persona assistita. La letteratura analizzata identifica tre differenti tipologie di interventi di promozione del sonno realizzabili dall'infermiere in terapia intensiva: ambientali, di barriera ed interni. Gli interventi ambientali hanno l'obiettivo di cambiare l'ambiente ospedaliero; ciò è possibile riducendo o eliminando gli stimoli esterni dati dal rumore, dalla luce o dalle attività di assistenza infermieristica, che possono influen-

zare la qualità o la quantità del sonno dei degenti. I principali metodi di implementazione di un buon sonno, riportati in letteratura, riguardano l'adozione di protocolli di silenziosità (Quite-time protocols), la terapia della luce intensa durante il giorno, la riduzione della luce e dei rumori notturni, l'uso di suoni di sottofondo rilassanti e un'attenta valutazione della disposizione sul sonno delle unità ospedaliere di riferimento. Gli studi suggeriscono che molte interruzioni notturne potrebbero essere evitate e che la modificazione dei flussi di lavoro del personale sanitario potrebbe potenzialmente migliorare il sonno del paziente.

Ciò includerebbe ritardare o ridurre al minimo la rilevazione dei segni vitali notturni, utilizzando il monitoraggio passivo, riprogrammando i tempi di somministrazione dei farmaci notturni e ritardando la terapia infusione ed esami radiologici del mattino. Gli interventi di barriera consigliati dalla letteratura si realizzano mediante l'uso di dispositivi come maschere



per gli occhi e tappi per le orecchie, che bloccano lo stimolo esterno (luce e rumore) evitando che questo raggiunga direttamente la persona assistita.

Infine, gli interventi interni raccolgono il bacino di strategie volte ad aiutare il paziente a rilassarsi, calmare la mente ed essere quindi predisposto al sonno. Questi sono rappresentati da varie tecniche di rilassamento, dalla respirazione profonda, dall'uso di immagini guidate, dell'aromaterapia, dell'agopuntura, dalla musica rilassante, dalla visione di video musicali rilassanti e da massaggi. Esistono prove limitate e di bassa qualità che le tecniche di rilassamento sopracitate portano a miglioramenti della qualità e durata del sonno soggettive o determinate dall'infermiere. Data la sicurezza e il costo relativamente basso di molti di questi interventi (ad esempio la musica), vale la pena considerare l'attuazione caso per caso e nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza. Gli infermieri possono essere attori chiave nella promozione del sonno dei pazienti; pertanto, la conoscenza degli effetti del sonno disturbato e le modalità di promozione del sonno sono fondamentali.

■ BIBLIOGRAFIA

- I. Auckley DM. (2022) Poor sleep in the hospital: Contributing factors and interventions. UpToDate. (Disponibile all'indirizzo: https://www.uptodate.com/bibliopass.unito.it/contents/poor-sleep-in-the-hospital.contributing-factors-and-interventions?search=sleep%20inpatient&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2862533666)
- II. Beck Edvardsen J, Hetmann F. (2020) Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. SAGE Open Nursing, 6.
- III. Bellon F, Beti-Abad A, Pastells-Peiró R, Casado-Ramirez E, Moreno-Casbas T, Gea-Sánchez M, et al. (2022). Effects of nursing interventions to improve inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review. Journal of Clinical Nursing, 00:1-16.
- IV. Bernat Adell MD, Galarza Barrachina L, Bisbal Andrés E, Cebrián Graullera G, Pagés Aznar G, Morán Marmaneu MÁ, et al. (2021). Factors affecting sleep quality in Intensive Care Units. Medicina Intensiva, 45(8):470-6.
- V. Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2019) Codice deontologico delle professioni infermieristiche. (Disponibile all'indirizzo: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf)
- VI. Jordaney N, Vittaz R, Migliaretti G, Oriani R, Diano A. (2019) L'infermiere e la qualità del sonno della persona assistita. Rivista L'infermiere, 1:35-40.
- VII. Locihová H, Axmann K, Žiaková K. (2021). Sleep-disrupting effects of nocturnal nursing interventions in intensive care unit patients: A systematic review. Journal of Sleep Research, 30(4).
- VIII. Mori C, Boss K, Indermuhle P, Stahl E, Chiu SH, Shanks L. (2021) Is it Noise? Factors Linked with Sleep Interruption in Hospitalized Patients. Clinical Nurse Specialist, 35(4):199-207.
- IX. Patto infermiere-cittadino, 12 maggio 1996. (Disponibile all'indirizzo: <https://opi.tn.it/normativa/contratti-di-lavoro/patto-infermiere-cittadino/>)
- X. Profilo Professionale dell'Infermiere, D.M. 14 settembre 1994, n°739. regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. G.U. di pubblicazione: n.6 del 9/1/1995
- XI. Ramar K, Malhotra RK, Carden KA, et al. (2021) Sleep is essential to health: an American Academy of Sleep Medicine position statement. Journal of Clinical Sleep Medicine, 17(10): 2115-2119.
- XII. Ritmala Castren M, Salanterä S, Holm A, Heino M, Lundgrén-Laine H, Koivunen M. (2022). Sleep improvement intervention and its effect on patients' sleep on the ward. Journal of Clinical Nursing, 31(1-2):275-82.
- XIII. Varghese NE, Lugo A, Ghislandi S, Colombo P, Pacifici R, Gallus S. (2020) Sleep dissatisfaction and insufficient sleep duration in the Italian population. Scientific Reports, 10(1):1-8.

CARTELLO MELISSA

Infermiera presso Don Gnocchi
Centro "S. Maria ai Colli" Presidio Sanitario Ausiliatrice Torino
melicartello@gmail.com

PIZZI ELENA

CPSI Tutor Corso di Laurea in Infermieristica
Polo Didattico di Orbassano (TO)
elena.pizzi@unito.it

INTERVENTI INFERMIERISTICI PSICOSOCIALI

VOLTI ALLA RIDUZIONE DELLA DEPRESSIONE POST-STROKE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La depressione post-stroke è una delle complicanze dell'ictus più gravi e persistenti che colpisce circa un terzo dei pazienti, è classificata come la complicanza neuropsicologica ed emotiva più comune e si configura come un fattore prognostico sfavorevole sia a breve che a lungo termine.

OBIETTIVO

Analizzare i principali interventi infermieristici psicosociali, cioè tutti gli interventi non farmacologici, che vedono coinvolti in maniera prioritaria gli aspetti psicologici dell'individuo, le sfere comportamentali, sociali e ambientali, utili alla riduzione della depressione post-stroke.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca bibliografia attraverso le banche dati: Medine, Cinahl, PsycINFO e Cochrane dei lavori pubblicati dal 2010 al 2021 e sono stati reperiti 1032 articoli. Per questa revisione narrativa della letteratura sono stati selezionate 12 referenze.

RISULTATI

Sono risultati utili a ridurre la depressione post-stroke: il colloquio motivazionale, la terapia dell'accettazione e dell'impegno, la terapia di revisione della vita, la psicoeducazione, il supporto sociale, l'assistenza di transizione che incorpora interventi di coaching alla salute.

CONCLUSIONI

Gli interventi evidenziati si sono rivelati efficaci in quanto hanno portato ad una riduzione o un cambiamento dei fattori di rischio post-ictus che contribuiscono allo sviluppo della PSD tra cui: una perdita grave di funzionalità conseguente all'ictus, una minore indipendenza, una ridotta autoefficacia, uno scarso supporto sociale, una scarsa comprensione e accettazione della malattia e una scarsa motivazione ai trattamenti per la depressione post-stroke.

PAROLE CHIAVE

Ictus, depressione, interventi infermieristici, interventi psicosociali, relazione infermiere-paziente

ABSTRACT

INTRODUCTION

Post-stroke depression is one of the most serious and persistent complications of stroke affecting about one third of patients. It is classified as the most common neuropsychological and emotional complication, and it is configured as an unfavourable prognostic factor both in the short and long term.

OBJECTIVE

To analyse the main psychosocial nursing interventions, that is, all non-pharmacological interventions, which involve the psychological aspects of the individual as a priority, the behavioral, social and environmental spheres, useful for reducing post-stroke depression.

MATERIALS AND METHODS

A bibliography search was conducted through the databases: Medline, Cinahl, PsycINFO and Cochrane of the works published from 2010 to 2021 and 1032 articles were found. 12 references were selected for this narrative review.

RESULTS

The motivational interview, acceptance and commitment therapy, life review therapy, psychoeducation, social support, transition assistance incorporating health coaching interventions were found to be useful in reducing post-stroke depression, the application of the "psycho-cardiological" model and the application of an intervention based on "self-help packages".

CONCLUSIONS

The interventions highlighted were effective as they led to a reduction or change in post-stroke risk factors that contribute to the development of post-stroke depression including: severe loss of function following stroke, less independence, reduced self-efficacy, poor social support, poor understanding and acceptance of the disease, and poor motivation to treat post-stroke depression.

KEY WORDS

Stroke, depression, nursing interventions, psychosocial interventions, nurse-patient Relations.

INTRODUZIONE

La depressione post stroke (PSD) è una delle complicanze dell'ictus più gravi e persistenti, presenta un alto rischio di ricaduta anche dopo un lungo periodo di remissione (De Man-Van Ginkel et al., 2010; Rajesh et al., 2021) ed è classificata come la complicanza neuropsicologica ed emotiva più comune (Hamid et al., 2021). Approssimativamente un terzo dei sopravvissuti ad un evento ictale svilupperà nel corso dei cinque anni successivi all'evento vascolare la PSD (Babkair., 2017).

Le persone con PSD sperimentano: una maggiore disabilità, riduzioni più sostanziali delle attività della vita quotidiana, una qualità della vita più scadente e un aumento della mortalità, rispetto ai pazienti che hanno subito un ictus ma non hanno sviluppato la depressione.(Mitchell

et al., 2017) La presenza di questa complicanza dell'ictus può avere inoltre un impatto importante sul recupero funzionale.(Sok et al., 2021)

La PSD può manifestarsi in diversi modi e con una molteplicità di segni e sintomi. Fra i sintomi principali si possono riscontrare: la presenza di sentimenti persistenti di tristezza, disperazione, senso di vuoto, diminuzione del piacere e dell'interesse per tutte o quasi tutte le attività, disturbi del sonno, che può risultare aumentato o diminuito, aumento della stanchezza, sensazione di essere privi di energie, diminuzione della concentrazione, cambiamenti del peso e dell'appetito, pensieri ricorrenti di morte o ideazioni suicidarie, agitazione o rallentamento psicomotorio e sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati.(Hamid et al., 2021)

Esistono una molteplicità di processi fisiopatologici complessi alla base della PSD; essendo una

condizione molto eterogenea, nessun meccanismo fisiopatologico singolo è in grado di darne una spiegazione completa. Una migliore comprensione della fisiopatologia, tuttavia, è fondamentale per sviluppare trattamenti più mirati ed efficaci. (Medeiros et al., 2020) Tra i meccanismi fisiopatologici che contribuiscono allo sviluppo della PSD si possono evidenziare: livelli ridotti di monoamine, una riduzione della neurogenesi, un aumento dell'infiammazione con disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e la presenza di eccitotossicità mediata dal glutammato. L'impatto di questi processi appare più rilevante e pronunciato nei lobi frontali, nell'ippocampo, nelle regioni limbiche e nelle proiezioni dei gangli della base.

Riconoscere i fattori di rischio per la PSD aiuta a guidare un monitoraggio più attento dei sintomi depressivi e a gestire eventuali interventi preventivi e di trattamento. Essi possono essere suddivisi in tre categorie: fattori di rischio presenti prima dell'evento ictale, fattori di rischio legati all'evento vascolare stesso e fattori di rischio post-ictus. (Medeiros et al., 2020) All'interno dei fattori di rischio presenti precedentemente allo stroke si possono riconoscere: sesso femminile, storia personale e familiare di malattie psichiatriche, in particolare disturbo depressivo maggiore disturbi d'ansia, (Medeiros et al., 2020) età inferiore ai 70 anni, esposizione

ne ad eventi di vita stressanti precedentemente all'ictus, livello di istruzione inferiore, diabete mellito e un basso reddito familiare. (Shi et al., 2017) All'interno dei fattori di rischio correlati all'evento vascolare stesso è possibile riconoscere i seguenti elementi: dimensione e gravità dell'ictus, in quanto si ha correlazione diretta tra quantità di perdita di tessuto neurologico e rischio di sviluppare PSD, lesioni frontali e a livello dei gangli alla base. (Medeiros et al., 2020; Hamid et al., 2017). I fattori di rischio post-ictus per lo sviluppo della PSD sono quelli che incidono maggiormente sullo sviluppo di questa complicanza. La maggior parte di questi, rappresentano dei fattori sui quali è possibile intervenire per prevenire o migliorare la depressione stessa. In linea generale si possono riconoscere i seguenti fattori di rischio post-stroke: livelli sierici più bassi di fattore neurotrofico derivato dal cervello al momento del ricovero, un carico medico maggiore, una minore indipendenza a causa dei deficit correlati all'ictus stesso, uno scarso supporto sociale, una maggiore perdita di funzionalità, un'elevata gravità delle disabilità comunicative, una scarsa accettazione della malattia e delle conseguenze della disabilità, deficit nella cura di sé e il deterioramento cognitivo in particolare della funzione esecutiva. (Medeiros et al., 2020; Hamid et al., 2017; Starkstein et al., 2019; Crowley et al., 2018)



Considerando che la PSD rappresenta la complicanza neuropsicologica più comune e un fattore prognostico sfavorevole sullo stato del paziente sia a breve che a lungo termine, si configura come una delle priorità assistenziali di interesse infermieristico. L'obiettivo di questo lavoro è, infatti, quello di evidenziare e analizzare i principali interventi infermieristici in ambito psicosociale volti alla riduzione della depressione post-stroke. Gli interventi psicosociali-in generale, come suggerisce il termine stesso, hanno per oggetto i fattori di natura psicosociale che, in qualità di predittori o moderatori, giocano un ruolo rilevante nelle vicende di salute e malattia. Il funzionamento psicosociale può essere definito come l'insieme degli atteggiamenti e delle credenze verso la malattia, la capacità di far fronte alla stessa e l'autoefficacia.

Il funzionamento psicosociale comprende inoltre fattori multidimensionali, tra cui lo stato dell'umore, le risposte cognitivo-comportamentali come, ad esempio, il grado di soddisfazione e di autocontrollo, e i fattori sociali.

Per interventi psicosociali ci si riferisce, quindi, a tutti gli interventi non farmacologici, che vedono coinvolti in maniera prioritaria gli aspetti psicologici dell'individuo, le sfere comportamentali, sociali e ambientali, a cui si aggiungono tutti quegli interventi che mirano allo sviluppo

del più alto potenziale possibile dell'individuo, sotto il profilo psicologico, sociale, educativo e comportamentale in relazione ai suoi deficit fisiologici ed emotivi conseguenti all'ictus.

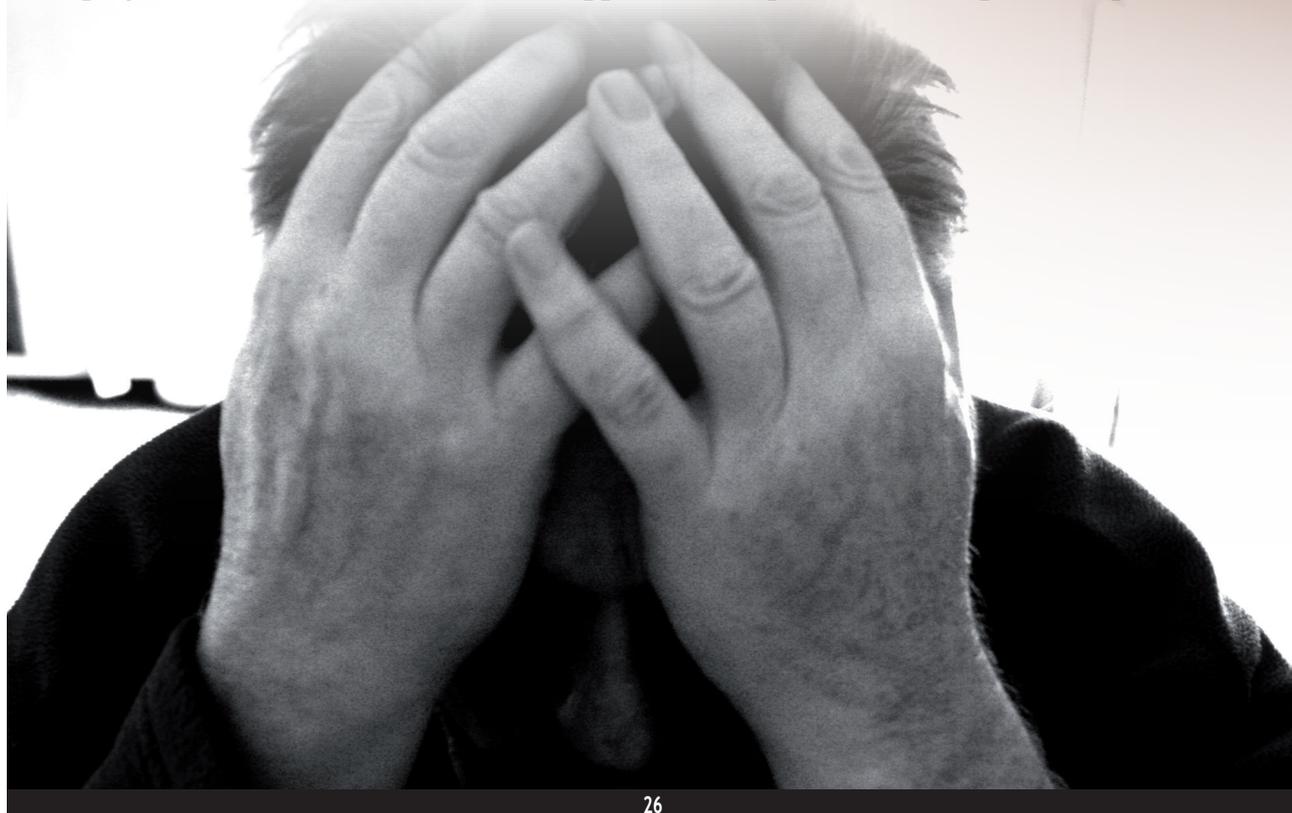
Gli interventi infermieristici evidenziati si prestano per sviluppi futuri al fine di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica.

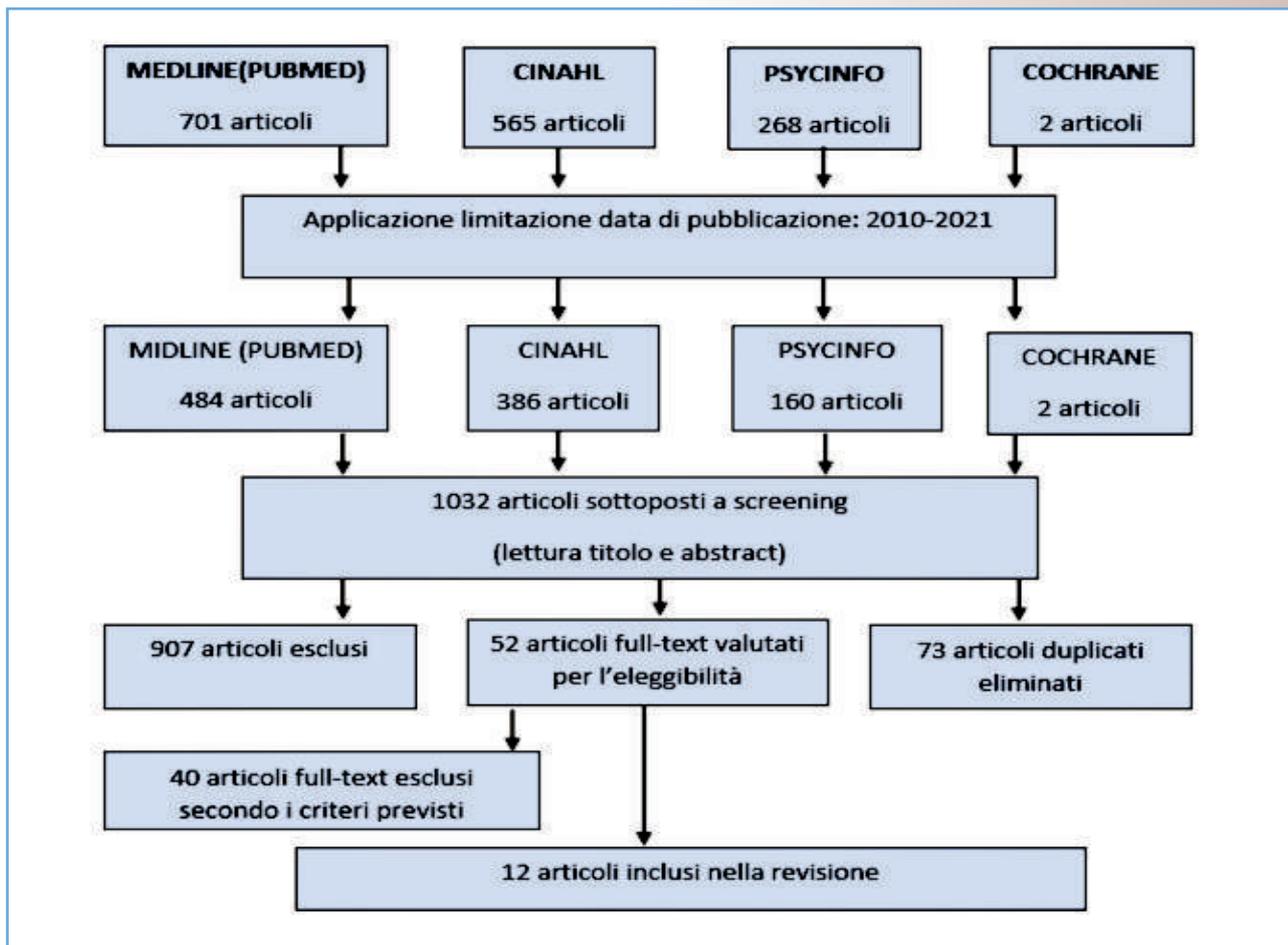
La possibilità e le competenze degli infermieri nello svolgere interventi per ridurre la PSD sono varie. La letteratura evidenzia l'importanza degli interventi psicosociali. Partendo quindi da tutti questi presupposti si è configurato l'obiettivo di ricercare e analizzare i principali interventi psicosociali volti a ridurre la PSD.

■ MATERIALI E METODI

Per produrre questa revisione narrativa di letteratura è stata condotta una ricerca in letteratura partendo da diversi quesiti di background:

- Quali sono i fattori di rischio post-ictus modificabili sui quali poter agire con interventi per ridurre la depressione post-stroke?
- Quali sono in letteratura i principali interventi non farmacologici per ridurre la depressione post stroke?
- Quali sono gli interventi applicabili dagli infermieri per ridurre la depressione post-stroke?





■ Quali sono gli interventi psicosociali?

Dall'analisi dei diversi studi individuati durante la ricerca preliminare, sono stati esclusi dall'ambito di interesse tutti i lavori che trattavano di interventi che non fossero applicabili da infermieri, o riguardassero aree della medicina alternativa. Si è scelto quindi di analizzare i principali interventi psicosociali, cioè tutti gli interventi non farmacologici, che vedono coinvolti in maniera prioritaria gli aspetti psicologici dell'individuo, le sfere comportamentali, sociali e ambientali, applicabili da infermieri, che riducessero la PSD. Una prima analisi della letteratura effettuata sulle banche dati: Medline (PubMed), Cinahl Complete e PsycInfo, ha evidenziato 12 studi definiti "Gold standard", dai quali è stata effettuata una mappatura semantica dei concetti per creare delle stringhe di ricerca che includessero il numero maggiore di articoli che trattassero di interventi psicosociali che riducessero la PSD. Sono, quindi, stati reperiti un totale di 1032 articoli. Applicando dei criteri di inclusione ed esclusione ne sono stati selezionati 12 inclusi in questo studio. I criteri di inclusioni sono stati i seguenti: Studi

primari e secondari, studi che includessero pazienti con qualsiasi tipologia di ictus (ischemico/emorragico), studi che trattassero pazienti con presenza di PSD, studi che includessero infermieri o altri professionisti coinvolti nell'assistenza dei pazienti con ictus in fase acuta/riabilitativa/cronica, studi che selezionassero pazienti con ictus in fase adulta (di età pari o superiore a 18 anni), studi che trattassero di interventi comportamentali-psicologici-sociali-ambientali applicabili da infermieri che modificassero la PSD. D'altra parte, i criteri di esclusione si sono così configurati: assenza di abstract o full text, lavori che includessero individui con gravi limitazioni del linguaggio, grave deterioramento cognitivo o gravi complicazioni, studi che trattassero pazienti a rischio di sviluppare PSD, studi che prendessero in considerazione esclusivamente persone afasiche o solo pazienti di ristrette fasce d'età. All'interno dei 12 articoli si sono distinti: tre revisioni sistematiche, due metanalisi, una revisione integrativa, una revisione narrativa, due studi randomizzati controllati, uno studio osservazionale e due studi caso-controllo.

■ RISULTATI E DISCUSSIONE

Dall'analisi di questi studi è emerso che esistono diversi interventi non farmacologici utili per ridurre la PSD. La revisione sistematica di Minshall et al. include 31 studi, ha dimostrato l'utilità degli interventi psicosociali nel ridurre la depressione nei sopravvissuti ad un ictus (Minshall et al., 2019). Allo stesso modo la revisione sistematica del 2021 di Lee et al., che ha comparato fra loro una molteplicità di terapie non farmacologiche, ha evidenziato che gli interventi psicosociali risultano maggiormente efficaci rispetto a musicoterapia, agopuntura o terapia complementare-alternativa (Lee et al., 2021).

Tra gli interventi psicosociali utili per ridurre la PSD si sono distinti: il colloquio motivazionale, (De Man-Van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017; Qiqi et al., 2021) la terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT), (Majumdar et al., 2019) la terapia di revisione della vita (de Man-Van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017), la psicoeducazione intesa come l'applicazione di interventi informativi ed educativi (de Man-Van Ginkel et al., 2010; Cheng et al., 2018; Lin et al., 2019; Crocker et al., 2021), il supporto sociale (de Man-Van Ginkel et al., 2010; Salter et al., 2010; Vallury et al., 2016; Hadidi et al., 2017; Lin et al., 2019), l'assistenza di transizione che incorpora interventi di coaching alla salute. (Lin et al., 2020; Singh et al., 2020; Barr et al., 2021).

Il colloquio motivazionale, o intervista motivazionale, consiste in una tipologia di colloquio finalizzata ad aiutare il paziente a riconoscere un problema e, rafforzando le motivazioni personali e l'impegno per attuare un cambiamento comportamentale, a mettere in atto strategie utili per risolverlo, in questo caso finalizzate alla riduzione della PSD (De Man-Van Ginkel et al., 2010). Esso risulta utile per migliorare la motivazione ai trattamenti farmacologici, per partecipare alla riabilitazione e alle attività, evitando quindi l'esclusione sociale. Tutti questi fattori influiscono positivamente sulla gravità della PSD.

Il colloquio motivazionale si è dimostrato utile nella riduzione della gravità della PSD a tre mesi dall'intervento in un RCT incluso nella revisione sistematica di De Man-Van Ginkel.



I fornitori del colloquio motivazionale hanno incentrato i dialoghi sulle barriere percepite dai pazienti e sugli obiettivi del recupero, durante sessioni individuali, lavorando con l'ambivalenza e i loro dilemmi facendo in modo che loro stessi identificassero le proprie soluzioni rafforzando così l'ottimismo e l'autoefficacia. In questo studio sono state considerate le proprietà clinimetriche per valutare la gravità della depressione usando esclusivamente i seguenti strumenti di screening della PSD: Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale (GDS), General Health Questionnaire (GHQ), Hospital Anxiety Depression (HADS), Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) e il Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Nonostante sia emersa l'utilità del colloquio motivazionale nella riduzione della PSD, queste differenze metodologiche possono aver influenzato l'interpretazione dei risultati e precludono un confronto significativo dei risultati degli studi (De Man-Van Ginkel et al., 2010).

Una riduzione della PSD a tre e a sei mesi dopo l'ictus è stata dimostrata in un RCT, incluso nella revisione integrativa della letteratura di Hadidi, dove gli interventi di colloquio motivazionale, ciascuno di durata dai 30 ai 60 minuti, sono stati forniti una volta a settimana per quattro settimane (Hadidi et al., 2017).

Un effetto significativo del colloquio motivazionale sulla riduzione della PSD, inoltre, è stato sottolineato dalla revisione sistematica di Qiqi dove è emersa una riduzione della gravità della depressione nei pazienti che hanno ricevuto un colloquio motivazionale entro 12 mesi dalla comparsa dell'ictus e dall'inizio del follow up, mentre non è stato riscontrato alcun beneficio significativo se effettuato dopo 12 mesi di follow-up. In questo studio il cambiamento della depressione è stato misurato con le seguenti scale: Hamilton Depression Scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression version, e la 28-item General Health Questionnaire. Gli studi considerati hanno evidenziato eterogeneità nelle prove e nei metodi utilizzati; inoltre si registrano delle diversità nell'applicazione dell'intervento studiato (tempi, durata e intensità dell'intervento e dal follow-up).

Inoltre, le dimensioni del campione di alcuni studi erano piccole. Per l'alto rischio di bias, gli autori suggeriscono, quindi, la necessità di creare studi randomizzati e controllati, ampi e ben progettati, per confermare i risultati ottenuti (Qiqi et al., 2021)

Quest'intervento può essere definito come una forma di consulenza mediante la quale chi lo attua utilizza l'ascolto empatico per comprendere le prospettive del paziente, ridurre l'ambivalenza sperimentata dai pazienti relativa ai pro e i contro del cambiamento, e ridurre la resistenza al cambiamento. Attraverso la collaborazione, i terapeuti esplorano i valori e gli obiettivi dell'individuo in relazione al problema in questione istruendolo e guidandolo nell'esplorazione di sé per favorire il processo di cambiamento. Se è il paziente stesso identificare delle soluzioni ai problemi, trovando la modalità migliore per attuare un cambiamento, ne consegue un rafforzamento dell'ottimismo e dell'autoefficacia. I pazienti possono quindi acquisire fiducia nella loro capacità di adattamento, nell'esercitare un

controllo sugli eventi e gestire la propria vita, con una conseguente diminuzione della sintomatologia depressiva (De Man-Van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017; Qiqi et al., 2021)

La terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) propone che il disagio psicologico sia un aspetto naturale dell'esperienza umana. Il suo scopo principale è promuoverne l'accettazione e aumentare la "flessibilità psicologica" che consente alla persona di perseguire una vita di significato nonostante la presenza di limitazioni fisiche, di pensieri, sentimenti, emozioni negative, o di sensazioni dolorose.

L'ACT adotta un modello di salute piuttosto che un modello di malattia favorendo una promozione del benessere piuttosto che una esclusiva riduzione dei sintomi. Essa pone, inoltre, l'enfasi sull'accettazione dell'angoscia, questo la rende adatta ai pazienti con ictus in quanto, sia le disabilità fisiche che gli effetti psicologici possono durare per molti anni e le conseguenze dell'ictus possono non essere accettate e condurre allo sviluppo della depressione.

Mira a condurre il paziente alla comprensione della distinzione tra il pensiero e l'evento stesso. L'obiettivo, inoltre, non è ridurre la frequenza o cambiare la tipologia dei pensieri, come nella terapia cognitivo comportamentale tradizionale, ma è l'accettazione degli stessi. I sentimenti, le sensazioni spiacevoli, il dolore, l'ansia non devono essere evitati, soppressi, combattuti o portare alla rassegnazione ma devono essere accettati e affrontati. L'aumento della consapevolezza di trovarsi nel presente fa in modo che per il paziente sia possibile, e più facile, prendere contatto con l'ambiente circostante e condurre esperienze che vadano al di là delle disabilità fisiche e



dell'angoscia che possono derivare dalla comparsa dell'evento ictale. Attraverso l'ACT, vengono individuati, in aggiunta, i valori fondamentali di un individuo e ne viene facilitato l'utilizzo nella definizione di obiettivi (Majumdar et al., 2019). In questa revisione è stato incluso l'RCT di Majumdar che ha riportato l'utilità dell'ACT di gruppo nella riduzione della PSD. L'intervento nello studio è stato erogato, con il supporto di diapositive Power-Point, ogni settimana, per un tempo di due ore, per quattro settimane consecutive dimostrandosi statisticamente significativo nella riduzione della PSD. Il risultato dimostrato alla fine dell'intervento si è mantenuto fino ai due mesi di follow-up successivi. L'ACT di gruppo nei pazienti sopravvissuti ad un evento ictale è stata inoltre efficace nel migliorare lo stato di salute e la speranza. Gli autori hanno deciso di misurare la depressione con il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Dai risultati dello studio è emerso che il 54% dei partecipanti al gruppo di intervento ha mostrato una riduzione significativa della depressione dopo l'applicazione dell'intervento di ACT. Nonostante l'ACT, fornita didatticamente a gruppi di sopravvissuti all'ictus, si sia dimostrata fattibile, accettabile e utile nella riduzione della PSD, i risultati dovrebbero essere trattati come preliminari, in quanto nello studio in questione sono presenti diversi limiti:

- una piccola dimensione del campione;
- i campioni di controllo e di intervento, nonostante la randomizzazione, differivano significativamente nella composizione di genere e mostravano una differenza quasi significativa per gli stili di vita condotti;
- non è stato possibile eseguire lo studio in cieco;
- non è stato possibile monitorare gli altri interventi concomitanti all'intervento di ACT(-Majumdar et al., 2019).

La terapia di revisione della vita, si basa sulla rievocazione di tematiche della vita riguardanti determinati periodi di tempo passati come, ad esempio, l'infanzia, l'adolescenza, il diventare adulti, la famiglia, la genitorialità, la casa, il diventare nonni o gli anni di lavoro. Altre tematiche trattate possono essere le esperienze di invecchiamento della persona, la passata istruzione e scolarizzazione, la salute, la musica, i valori e lo scopo della vita. In letteratura l'efficacia di

questa terapia è stata studiata per diverse condizioni cliniche, tuttavia, pochi studi applicano questo intervento a individui che hanno subito un evento ictale e hanno sviluppato la PSD. In questa revisione, infatti, la revisione sistematica di De Man-Van Ginkel e la revisione integrativa di letteratura di Hadidi hanno incluso lo stesso RCT. Tale studio ha analizzato la terapia di revisione della vita, erogata da un'infermiera qualificata che ha discusso in tre sessioni individuali di un'ora le esperienze del paziente relative all'infanzia, all'adolescenza, all'età adulta, alla famiglia e alla casa, dimostrandosi efficace nella riduzione della PSD. Tuttavia, a causa del ridotto numero del campione dell'unico studio idoneo per questa revisione, l'evidenza dell'efficacia del trattamento sulla riduzione della PSD è risultata debole (De Man-Van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017).

Questa terapia consente ai pazienti di: ottenere un senso di pace, favorire l'empowerment, trovare speranza, dare valore e significato alla vita. Con il miglioramento dell'autostima, le persone potrebbero rendersi conto del significato dei loro successi e sentirsi orgogliosi del passato. Il miglioramento dell'autostima, dell'empowerment, dell'autoefficacia, e il miglioramento cognitivo prodotto dalla rievocazione del passato, potrebbero rappresentare gli elementi chiave di questa terapia nella riduzione della PSD.

Con il termine di psico-educazione, ci si riferisce all'istruzione fornita all'individuo riguardo una situazione o condizione particolare che provoca stress psicologico. In questo lavoro sono stati definiti come interventi psicoeducativi tutti quegli interventi che hanno contribuito a garantire informazioni sull'ictus, e hanno fornito un'educazione sanitaria e una formazione, in particolare sulla riabilitazione post-ictus. La revisione sistematica di De Man-Van Ginkel ha incluso una metanalisi di 10 articoli che hanno valutato l'effetto delle informazioni fornite ai pazienti, in modo attivo o passivo, sulla gravità della depressione e sul numero dei pazienti depressi. Dallo studio è emerso che l'intervento informativo ha avuto un effetto significativo sulla riduzione della gravità della depressione. In particolare, le informazioni fornite in modo attivo, cioè con una partecipazione diretta del paziente



e con successivi interventi di chiarimento, consolidamento e rafforzamento delle informazioni date, hanno mostrato un effetto significativamente maggiore rispetto alle informazioni date in maniera passiva, cioè senza interventi di follow-up o di consolidamento o rinforzo delle informazioni date, sulla gravità della depressione e sul numero di pazienti con PSD.

Dalla revisione sistematica di Crocker, in maniera coerente con lo studio di De Man-Van Ginkel, è emersa una riduzione della gravità della PSD conseguente agli interventi informativi attivi, spesso di durata variabile, strutturati con una combinazione di diverse modalità di erogazione dell'intervento come, ad esempio, l'organizzazione di incontri formativi combinati a colloqui telefonici. In maniera discordante, invece, è emerso un aumento della depressione conseguente agli interventi informativi passivi, dove le informazioni sono state date, ad esempio, sotto forma di opuscoli, o DVD. In questo studio, per valutare la riduzione della depressione dei sopravvissuti all'ictus in seguito ad interventi informativi attivi, è stata utilizzata la sotto-scala della depressione dell'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D).

Nell'RCT di Cheng è stato analizzato l'intervento della formazione riabilitativa completa (CRT) sulla depressione e sull'ansia dei pazienti post-ictus. La CRT consiste in un programma di riabilitazione di sei mesi, che comprende la formazione cognitiva, la formazione riabilitativa, l'educazione del paziente e il controllo regolare dei progressi ottenuti. Dallo studio è emersa una ri-

duzione della gravità della depressione già al terzo mese di intervento che si è mantenuta anche a sei mesi, momento termine dell'intervento, e al dodicesimo mese di follow-up. Oltre a ridurre la PSD, è emerso che la CRT ha portato alla riduzione dell'ansia e del deterioramento cognitivo nei pazienti sopravvissuti all'ictus

Lo studio osservazionale di Lin, incluso in questa revisione narrativa di letteratura, ha riportato gli effetti di un trattamento basato sull'educazione sanitaria e sul supporto sociale nella riduzione della PSD. Dallo studio è emerso che, oltre alla terapia riabilitativa continua di 8 settimane con sedute di due volte a settimana, 10 minuti aggiuntivi di supporto emotivo e informativo, possono avere effetti significativi sull'alleviamento della PSD. I risultati hanno mostrato una differenza statisticamente significativa nel punteggio medio di depressione nel gruppo di studio dopo quattro settimane di intervento; dopo otto settimane sono emerse, inoltre, differenze significative di gravità di depressione tra il gruppo di intervento e quello di controllo. È stato ipotizzato, quindi, che per ottenere una remissione della PSD siano necessarie almeno otto settimane di supporto sociale e educativo. Dopo un follow up di dodici mesi è emerso inoltre che i pazienti potrebbero aver bisogno di diversi tipi di supporto sociale e educativo in base al tempo trascorso dall'ictus: informazioni sulla malattia e abilità pratiche di cura si sono dimostrate più utili nelle fasi iniziali della malattia, mentre i bisogni psicologici sono dominanti nelle fasi successive. Riscontrando un miglioramento significativo della depressione

probabilmente dettato anche dall'aumento della soddisfazione per la partecipazione alle diverse attività, i risultati del presente studio possono essere utilizzati come riferimento per la pratica clinica.

È possibile definire il supporto sociale come qualsiasi forma di appartenenza ad una rete sociale o relazionale che permette all'individuo di sentirsi amato, considerato, gratificato, stimato, curato e di appartenere ad un gruppo. La tipologia delle relazioni, sia la qualità che la quantità, che un individuo instaura e come vengono soggettivamente percepite influiscono molto sullo stato di salute. È stato dimostrato che se i sopravvissuti ad un ictus con PSD percepiscono un supporto sociale positivo, sperimentano una riduzione della gravità della depressione e un migliore stato di salute percepito, con conseguente riduzione della tendenza all'isolamento sociale e miglioramento dell'autonomia (Hadidi et al., 2017; Lin et al., 2019).



Nella revisione sistematica di De Man-Van Ginckel, nonostante siano stati inclusi 6 studi incentrati su diversi programmi di sostegno per la riduzione della PSD, solo uno è risultato efficace nel ridurre la gravità. Questo è legato alla possibile bassa qualità dei cinque studi, l'unico ad aver riportato risultati positivi presentava invece una moderata qualità metodologica. L'intervento utile si è basato su un programma di supporto infermieristico specifico, erogato per tre mesi, che ha incluso tre elementi: il supporto del pa-

ziente nella comprensione e nell'accettazione della malattia e delle sue conseguenze, il supporto nell'avvio della terapia farmacologica e il monitoraggio della efficacia dei diversi trattamenti individuati per la PSD.

La revisione narrativa di Salter, ha incluso nello studio 10 interventi di supporto sociale per indagarne l'impatto sulla PSD. Sette hanno esaminato interventi di supporto domiciliare e coordinamento delle cure, uno ha esaminato un intervento di sostegno sociale specifico, un altro ha esaminato un intervento di consulenza familiare in aggiunta ad interventi informativi erogati al paziente e l'ultimo ha indagato l'utilità di un servizio diurno sociale/lavorativo. Solo un intervento coordinato dell'assistenza di tre mesi, composto da una visita domiciliare, effettuata dall'assistente sociale, uno o due giorni dopo la dimissione seguita da una chiamata settimanale di durata tra i venti minuti e un'ora, ha riportato un effetto significativo sulla riduzione della gravità della PSD. L'efficacia dell'intervento è da riferirsi alla presenza di diversi elementi: l'inizio precoce del percorso, l'aumento dell'intensità dei contatti regolarmente programmati fra il paziente e gli operatori sanitari, la valutazione continua del paziente durante il periodo di studio e la disponibilità a fornire consulenze secondo le diverse necessità della persona. Le informazioni fornite dagli autori degli studi inclusi sulle cure abituali, inoltre, erano scarse (Salter et al., 2010). La revisione sistematica di Vallury ha riassunto le principali caratteristiche che gli interventi di supporto sociale, in particolare quelli orientati alle famiglie, debbano avere affinché siano efficaci per ridurre in maniera significativa la PSD dei sopravvissuti all'ictus.

È emerso che, per essere utili, è necessario che gli interventi forniti siano interventi multicomponente e debbano includere tecniche che permettano al paziente di sviluppare abilità di problem solving.

È necessario che gli operatori sanitari che prendono in carico il paziente contribuiscano ad un miglior adattamento attraverso un coinvolgimento attivo e inclusivo dei pazienti e dei caregiver. Gli operatori sanitari devono inoltre guidare il paziente nella definizione di obiettivi e facilitare lo sviluppo di nuove competenze pratiche, emotive e/o cognitive.

È utile, in aggiunta, che l'assistenza sanitaria e la gestione delle cure avvengano in modo coordinato. Il collegamento fra i diversi servizi, infatti, permette ai professionisti di fornire cure appropriate alla luce degli altri servizi che un paziente o un caregiver sta già ricevendo e consente al paziente di sentirsi maggiormente supportato e motivato nel percorso di cura, nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, e sul monitoraggio dei progressi raggiunti. È necessario che tutti gli interventi di supporto sociale, inoltre, siano ben strutturati e flessibili. I pazienti e/o i caregiver che ricevono degli interventi di supporto devono quindi ricevere tipologie e livelli di interventi simili; tuttavia, ogni persona può avere diverse necessità di cura e, nel rispetto di queste, gli interventi da fornire devono rispondere alle singole richieste. È bene, infine, che qualsiasi intervento di supporto sia iniziato precocemente e preveda numerose visite e numerosi contatti nel tempo tra gli operatori sanitari, i caregiver e il paziente.

In questo studio si riconoscono, tuttavia, alcuni limiti, come l'inclusione di tutti gli studi indipendentemente dalla qualità metodologica con i quali sono stati eseguiti; a causa di ciò, più di metà degli studi inclusi è stata valutata come a rischio di parzialità o ha fornito prove insufficienti per permettere una valutazione della qualità (Vallury et al., 2016).

Il coaching alla salute, chiamato anche coaching sanitario, è stato definito come una relazione paritaria di collaborazione tra il paziente e un operatore sanitario chiamato "coach", che si focalizza sulla motivazione per il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti durante le sessioni di coaching e definiti direttamente dal paziente. Questo approccio favorisce una partecipazione attiva dell'individuo nel processo di apprendimento al fine che raggiunga la completa autonomia per gestire la patologia nel modo più funzionale possibile (Singh et al., 2020). Il coach, inoltre, aiuta la persona a identificare le sfide, compiere scelte, pianificare e facilitare il processo di cambiamento relativo ai comportamenti di salute, determinandosi come una guida. In aggiunta, è suo compito, migliorare l'educazione sanitaria del paziente attraverso la comunicazione ed è fondamentale che, anche in questo, venga

adottato un approccio collaborativo. Il processo di cambiamento comportamentale che viene affrontato nel coaching sanitario, può anche essere supportato dall'utilizzo di altre tecniche come quella del colloquio motivazionale per agevolare la riscoperta delle motivazioni del paziente operando così un cambiamento comportamentale positivo (Barr et al., 2021). Un infermiere, quindi, può essere definito un infermiere coach se è in grado di integrare le competenze di coaching nella pratica clinica per facilitare un processo di cambiamento e di sviluppo degli individui o dei gruppi per migliorare la loro crescita emotiva. Deve essere consapevole, inoltre, che la volontà di mettere in atto un cambiamento deve nascere direttamente dalla persona e, pertanto, deve sapere che il cambiamento stesso richiederà un'integrazione di corpo, mente, emozioni, spirito e ambiente circostante. È emerso che le strategie di coaching sanitario conducano ad un miglioramento della gravità della depressione dopo almeno tre mesi di applicazione e perdano l'effetto nel tempo dopo un periodo di 6 mesi di solo follow-up.

■ CONCLUSIONE

Quando la PSD non viene riconosciuta o trattata in maniera adeguata viene associata a quanto segue: ridotta partecipazione alla riabilitazione, diminuzione del recupero funzionale, aumento della dipendenza funzionale, recupero più scarso della funzione cognitiva, aumento delle disabilità, riduzione delle attività sociali, diminuzione della compliance nei trattamenti farmacologici, aumento dei tassi di mortalità a 12 e 24 mesi, assistenza istituzionale prolungata e un intervallo più breve alla ricorrenza dell'ictus (Starkstein et al., 2019). La PSD, vista come complicanza più comune e come fattore prognostico sfavorevole, sia a breve che a lungo termine, può essere considerata una delle priorità assistenziali. L'obiettivo di questo lavoro, infatti, era quello di ricercare i principali interventi infermieristici psicosociali utili alla riduzione della PSD, cioè tutti quelli interventi non farmacologici che vedono coinvolti in maniera prioritaria gli aspetti psicologici dell'individuo, le sfere comportamentali, le sfere sociali e ambientali e che mirano allo sviluppo



di una persona verso il suo più alto potenziale sotto il profilo psicologico, sociale, educativo e comportamentale in relazione ai suoi deficit fisiologici ed emotivi conseguenti all'ictus.

Tutti gli interventi esaminati si sono dimostrati efficaci in quanto hanno portato ad una riduzione o un cambiamento dei fattori di rischio post-ictus che contribuiscono allo sviluppo della PSD tra cui: una perdita grave di funzionalità conseguente all'ictus, una minore indipendenza, una ridotta autoefficacia, uno scarso supporto sociale, una scarsa comprensione e accettazione della malattia e una bassa motivazione ai trattamenti per la PSD.

In modo particolare, risulta efficace il colloquio motivazionale in quanto, attraverso l'ascolto empatico e la collaborazione tra paziente e terapeuta, vengono esplorati i valori e i problemi di un individuo e vengono determinati degli obiettivi raggiungibili attraverso l'individuazione di soluzioni che facilitano la modificazione di un comportamento disfunzionale. L'identificazione da parte del paziente di soluzioni efficaci, che consentano una modificazione del comportamento, comporta un rafforzamento dell'ottimismo e dell'autoefficacia, cioè della fiducia sulle proprie capacità, abilità pratiche, emotive e potenzialità di esercitare un controllo sugli eventi e sulla gestione della propria vita. Il colloquio motivazionale risulta utile nella riduzione della PSD anche in quanto permette di migliorare la motivazione ai trattamenti farmacologici e la partecipazione

ad attività riabilitative che favoriscono il recupero delle funzionalità ridotte conseguentemente all'ictus e favoriscono l'inclusione sociale. Non è emerso d'altro canto, con chiarezza, quando iniziare il colloquio motivazionale e quanto devono essere lunghe le sessioni affinché possano risultare utili; tuttavia, si è evinto che sessioni programmate di 30-60 minuti, una volta a settimana, per quattro settimane, possono ridurre significativamente la PSD. La programmazione delle sessioni di colloquio motivazionale, d'altronde, potrebbe non adattarsi pienamente alla pratica infermieristica quotidiana all'interno dei reparti clinici, questo intervento potrebbe quindi essere più appropriato per l'assistenza infermieristica ambulatoriale.

La terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT), promuovendo l'accettazione della malattia, delle disabilità legate all'ictus, dell'angoscia che può derivarne e aumentando la flessibilità psicologica dell'individuo, conduce il paziente ad affrontare le difficoltà con una conseguente riduzione della gravità della PSD. In letteratura sono stati condotti pochi studi sull'ACT, nello studio incluso è emerso che una sessione di due ore a settimana, per quattro settimane, garantisce una riduzione della gravità della depressione; tuttavia, la limitata dimensione del campione non permette di formulare raccomandazioni significative sulle tempistiche da adottare per garantire l'erogazione di questo intervento.

Il miglioramento cognitivo, il miglioramento

dell'autostima e dell'empowerment che hanno condotto alla riduzione della gravità della PSD, sono risultati essere i punti chiave della terapia di revisione della vita, basata sulla rievocazione guidata di periodi di vita passati come, ad esempio, l'infanzia, l'adolescenza, l'età adulta, la famiglia e la casa. Tre sessioni di un'ora di questa terapia hanno portato ad una riduzione della gravità della depressione, tuttavia, l'evidenza in letteratura sull'efficacia dell'intervento è risultata debole a causa del numero ridotto del campione e della scarsa qualità metodologica dell'unico studio idoneo per questa revisione.

Tutti gli interventi volti ad aumentare le conoscenze del paziente sull'ictus, sulle sue conseguenze, sulla PSD, e sull'importanza della riabilitazione (CRT) sono risultati efficaci nella riduzione della gravità della depressione.

Questi interventi, raggruppati sotto la sfera della psico-educazione, hanno aumentato la cura di sé, la motivazione alla partecipazione ad attività riabilitative con un conseguente miglioramento del recupero delle funzionalità residue, un miglioramento dell'autonomia e della sensazione di avere un controllo sulla propria vita con il risultato di diminuire la gravità della PSD. In particolare, le informazioni fornite in modo attivo, cioè con una partecipazione diretta del paziente e con successivi interventi di chiarimento, rinforzo e consolidamento, sono risultate essere più utili rispetto a quelle fornite in modo passivo che hanno, invece, portato ad un aumento dell'ansia e ad un peggioramento della depressione.

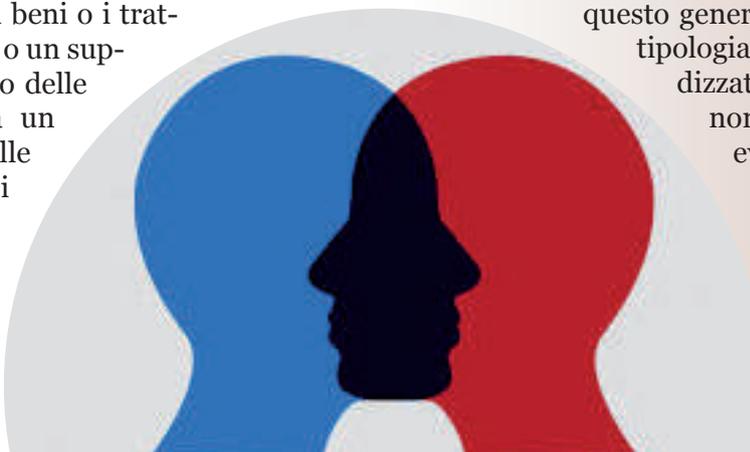
Tutti gli interventi che garantiscono un supporto sociale, che può essere inteso come un supporto emotivo fornito dagli operatori sanitari o dai caregiver, un supporto strumentale nel gestire le risorse, i beni o i trattamenti assegnati, o un supporto organizzativo delle cure garantito da un coordinamento delle stesse e dei servizi disponibili, sono risultati particolarmente efficaci nella riduzione della PSD.

Proprio lo scarso supporto

sociale sperimentato dai pazienti, infatti, rappresenta il fattore di rischio più predittivo per la PSD e dal quale consegue una riduzione della motivazione ai trattamenti che peggiora a sua volta la gravità della depressione. Sono risultati particolarmente utili gli interventi di supporto infermieristico nell'avvio e nella gestione della terapia farmacologica, gli interventi basati sull'inclusione familiare, in quanto la famiglia spesso rappresenta la rete di supporto sociale che influenza maggiormente il paziente, il supporto nella comprensione e nell'accettazione della malattia e gli interventi basati sul monitoraggio dei risultati ottenuti nei trattamenti per la PSD attraverso visite domiciliari e contatti telefonici ripetuti. È emersa, inoltre, l'utilità del coordinamento dell'assistenza basata sul collegamento tra i vari servizi usufruiti dal paziente. Ciò consente all'individuo di essere maggiormente motivato nell'aderire ai trattamenti scelti e di percepire un maggiore supporto nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Consente, in aggiunta, un migliore monitoraggio dei progressi raggiunti.

Gli interventi di supporto sociale devono inoltre essere iniziati precocemente, devono prevedere numerosi contatti tra pazienti, caregiver e operatori sanitari, devono essere interventi multicomponente, ben strutturati e flessibili in maniera tale da garantire un livello standard di supporto ma allo stesso tempo soddisfare le esigenze specifiche dei singoli pazienti. Gli studi inclusi hanno permesso di evidenziare le caratteristiche che gli interventi di supporto sociale devono avere affinché siano utili per ridurre la PSD; tuttavia, non è stato possibile individuare quando sarebbe più opportuno iniziare interventi di

questo genere, la loro durata e una tipologia di intervento standardizzata. Per queste ragioni, nonostante vi sia una forte evidenza sulla loro utilità, sono necessari altri studi che consentano agli infermieri di applicarli nella pratica clinica con dei protocolli ad hoc. In questo lavoro è emersa l'efficacia



di un intervento basato sull'integrazione di alcune strategie di coaching alla salute nelle cure di transizione, tra l'ospedale e il domicilio, per la riduzione della PSD.

Tra le strategie di coaching incluse nello studio sono emerse: la costruzione di relazioni tra i sopravvissuti all'ictus e gli operatori sanitari, la collaborazione nella definizione degli obiettivi di salute che il paziente si propone di raggiungere, il monitoraggio dei progressi e dei risultati ottenuti dal paziente, l'organizzazione di sessioni di apprendimento attivo volte ad aumentare l'autoefficacia, l'autostima e la pianificazione di azioni concrete. È emerso che la combinazione di più strategie di coaching risulta essere maggiormente efficace nella riduzione della PSD e la durata dell'intervento che implichi queste strategie deve essere almeno di tre mesi. Questi risultati permettono di affermare che interventi di coaching sanitario possono essere implementati nei servizi sanitari esistenti trovando probabilmente una migliore implicazione durante i follow up post dimissione ambulatoriali o domiciliari.

Tutti gli interventi considerati possono essere estrapolati e applicati al contesto infermieristico in quanto risultano conformi ai principi del codice deontologico e del profilo professionale della professione infermieristica.

Tuttavia, prima dell'implementazione degli interventi efficaci per ridurre la PSD nella pratica clinica, è importante considerare quale tipo di intervento si adatti meglio al contesto organizzativo considerato. Ad esempio, il colloquio motivazionale, che deve essere fornito in sessioni programmate, potrebbe non adattarsi pienamente alle esigenze organizzative quotidiane dei reparti clinici, ma potrebbe risultare maggiormente idoneo per essere erogato negli ambulatori. Allo stesso modo la terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) e la terapia di revisione della vita potrebbero essere applicati meglio nei contesti ambulatoriali o inseriti, a condizione in cui vi sia un'organizzazione condivisa da tutta l'equipe, all'interno dei reparti di riabilitazione di secondo livello. Per poter applicare al meglio gli interventi che prevedono la condivisione di informazioni o l'educazione del paziente, è necessario prendere in considerazione dei cambiamenti organizzativi che consentano una collaborazione di più professionisti in quanto,

questi interventi, richiedono spesso contributi multidisciplinari dettati dalle molteplici esigenze formative dei pazienti. Prima di avviare tali programmi, risulta quindi essenziale stilare un piano strutturato dei contenuti da trattare, delle procedure da utilizzare e degli operatori sanitari partecipanti.

Questo permetterà la gestione della PSD, la riduzione della stessa e migliorerà la prognosi del paziente con ictus.

■ BIBLIOGRAFIA

- De Man-Van Ginkel, J.M. *et al.* (2010) 'A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses', *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), pp. 3274-3290. Available at: <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2010.03402.X>.
- Hamid, G.M. and Mackenzie, M.A. (2017) 'Early intervention in patients with poststroke depression', *American Journal of Nursing*, 117(7), pp. 32-40. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520919.26724.9B>.
- Babkair, L.A. (2017) 'Risk Factors for Post-stroke Depression: An Integrative Review', *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(2), pp. 73-84. Available at: <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000271>
- Sok, S.R. *et al.* (2021) 'Relationships among Self-Care Competency, Presence of Depressive Symptom, and Health-Related Quality of Life of Korean Stroke Patients', *Clinical Nursing Research*, 30(5), pp. 670-679. Available at: <https://doi.org/10.1177/1054773820913984>.
- Medeiros, G.C. *et al.* (2020) 'Post-stroke depression: A 2020 updated review', *General Hospital Psychiatry*, 66, pp. 70-80. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPSPSYCH.2020.06.01>
- Minshall, C. *et al.* (2019) 'Psychosocial interventions for stroke survivors, carers and survivor-carer dyads: a systematic review and meta-analysis', <https://doi-org.bibliopass.unito.it/10.1080/10749357.2019.1625173>, 26(7), pp. 554-564. Available at: <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1625173>.

- Rajesh R. Tampi, M.M.D.D. and E.G.P. (2021) 'How to Spot and Treat Poststroke Depression: EBSCOhost', *Psychiatric Times*, 38(5), pp. 32–35.
- Crocker, T.F. *et al.* (2021) 'Information provision for stroke survivors and their carers', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(11). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001919.PUB4>.
- Lee, Y. *et al.* (2021) 'Effectiveness of non-pharmacological interventions for treating post-stroke depressive symptoms: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *Topics in stroke rehabilitation*, 28(4), pp. 289–320. Available at: <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1803583>.
- Qiqi, N. *et al.* (2021) 'A Meta-analysis of the Effect of Motivational Interviewing on Depression, Anxiety, and Quality of Life in Stroke Patients', *Journal of Neuroscience Nursing*, 53(6), pp. 244–250. Available at: <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000617>
- Lin, F.H. *et al.* (2019) 'Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients', *Medicine*, 98(44), p. e17667. Available at: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017667>
- Barr, J.A. and Tsai, L.P. (2021) 'Health coaching provided by registered nurses described: a systematic review and narrative synthesis', *BMC Nursing*, 20(1), pp. 1–18. Available at: <https://doi.org/10.1186/S12912-021-00594-3/TABLES/4>
- Cheng, C. *et al.* (2018) 'Comprehensive Rehabilitation Training Decreases Cognitive Impairment, Anxiety, and Depression in Post-stroke Patients: A Randomized, Controlled Study', *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(10), pp. 2613–2622. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.JSTROKECE-REBROVASDIS.2018.05.038>
- Lin, S. *et al.* (2020) 'The effect of transition care interventions incorporating health coaching strategies for stroke survivors: A systematic review and meta-analysis', *Patient Education and Counseling*, 103(10), pp. 2039–2060. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2020.05.006>
- Crowley, D. and Andrews, L. (2018) 'The longitudinal relationship between acceptance and anxiety and depression in people who have had a stroke', *Aging and Mental Health*, 22(10), pp. 1321–1328. Available at: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348478>.
- Shi, Y. *et al.* (2017) 'Risk factors for post-stroke depression: A meta-analysis', *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9(JUL), p. 218. Available at: <https://doi.org/10.3389/FNAGI.2017.00218/BIBTEX>
- Majumdar, S. and Morris, R. (2019) 'Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors', *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), pp. 70–90. Available at: <https://doi.org/10.1111/BJC.12198>.
- Salter, K., Foley, N. and Teasell, R. (2010) 'Social support interventions and mood status post stroke: A review', *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), pp. 616–625. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2009.12.002>.
- Vallury, K.D.B., Jones, M. and Gray, R. (2016) 'Do family-oriented interventions reduce poststroke depression? A systematic review and recommendations for practice', *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(6), pp. 453–459. Available at: <https://doi.org/10.1179/1074935715Z.00000000061>
- Mitchell, A.J. *et al.* (2017) 'Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder', *General Hospital Psychiatry*, 47, pp. 48–60. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPSPSYCH.2017.04.001>
- Rajesh R. Tampi, M.M.D.D. and E.G.P. (2021) 'How to Spot and Treat Poststroke Depression: EBSCOhost', *Psychiatric Times*, 38(5), pp. 32–35.
- Singh, H.K., Kennedy, G.A. and Stupans, I. (2020) 'Competencies and training of health professionals engaged in health coaching: A systematic review', *Chronic Illness* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1177/1742395319899466>.

ANDREA VISINONI

Università degli Studi di Torino
andrea.visinoni@edu.unito.it

LORIS SALINA

Università degli Studi di Torino

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE ITALIANO:



PROSPETTIVE DI SVILUPPO

ABSTRACT

Il 2022 celebra i trent'anni dall'istituzione ufficiale nel nostro Paese del servizio "118"; una struttura a cui è attribuita la gestione degli eventi emergenziali e urgenti in ambito extra-ospedaliero di natura sanitaria che si verificano in un determinato territorio.

Il soggetto di questo lavoro è la situazione attuale del sistema dell'emergenza territoriale Italiano con l'attenzione focalizzata principalmente sul ruolo che la figura infermieristica vi ricopre, la sua evoluzione negli anni, le differenze di impiego sul territorio nazionale e i possibili sviluppi futuri della professione. È stata condotta una ricerca di fonti bibliografiche inerenti all'argomento attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed e tramite il portale di Google Scholar.

Dall'analisi emerge come in Italia non in tut-

te le realtà l'infermiere presente sul territorio nell'emergenza extra ospedaliera è impiegato in maniera conforme alle sue reali competenze e potenzialità.

Gli aspetti su cui ci si dovrà focalizzare per favorire al meglio lo sviluppo della professione in questo ambiente sono: rendere omogenei a livello nazionale gli standard di formazione del personale operante sui mezzi di soccorso, prevedere dei requisiti base omogenei a livello nazionale per accedere al servizio di emergenza territoriale e infine implementare su tutto il territorio nazionale l'istituzione, l'approvazione e l'utilizzo dei protocolli clinico assistenziali per la gestione in autonomia di specifiche patologie.

PAROLE CHIAVE

[professione infermieristica]; [emergenza extraospedaliera]; [servizio 118]; [competenze avanzate]; [formazione].

ABSTRACT

2022 celebrates the thirty years since the official establishment of the "118" service in our country; a structure which is assigned the management of emergency and urgent events in the non-hospital setting of a health nature that occur in a given territory.

The purpose of this work is to illustrate the current situation of the Italian territorial emergency system with the attention mainly focused on the role that the nursing figure plays in this structure: in addition to its evolution over the years, the differences in employment on the national territory and the possible future developments of the profession.

A search of bibliographic sources related to the topic was conducted through the consultation and querying of biomedical databases such as PubMed and through the Google Scholar portal.

The analysis shows that in Italy, not in all situations, the nurse present in the area in the extra-hospital emergency is employed in a manner that conforms to their real skills and potential.

The aspects on which we will have to focus in order to better promote the development of the profession in this environment are: making the training standards of personnel operating on emergency vehicles homogeneous at a national level, providing for homogeneous basic requirements at a national level for accessing the service territorial emergency and finally implement throughout the national territory the establishment, approval and use of clinical care protocols for the autonomous management of specific pathologies.

KEY WORDS

[nursing profession]; [out of hospital emergency]; [118 service]; [advanced skills]; [training].

INTRODUZIONE

Il 2022 celebra i trent'anni dall'istituzione ufficiale nel nostro Paese del servizio "118", a cui fa capo la gestione degli eventi emergenziali e urgenti in ambito extra-ospedaliero di natura sanitaria che si verificano su un determinato territorio.

L'istituzione del sistema 118 è sancita con il Decreto della Presidenza della Repubblica (DPR) del 27 marzo 1992 che definisce quali sono i compiti e i ruoli del sistema di emergenza-urgenza in Italia. Questo decreto presidenziale stabilì la competenza esclusiva del Servizio Sanitario Nazionale nella gestione dell'attività di soccorso sanitario territoriale, facente

capo al numero unico 118, oltre che definirne la sua totale gratuità e libera fruizione da parte dei cittadini.

Le origini del decreto sono da ricercare nei provvedimenti ministeriali adottati 25 anni prima, quando il Ministero della Sanità, con la circolare Ministeriale n. 55/1967, fornì precise indicazioni per utilizzare il numero telefonico unico nazionale 116 (soccorso stradale ACI) anche per le chiamate di pronto soccorso sanitario. La finalità del Ministero era di provvedere alla realizzazione di un unico sistema di coordinamento dei servizi di emergenza con l'obiettivo finale di assicurare sia l'adeguatezza dei mezzi di trasporto, sia l'idoneità dei

luoghi di trattamento dei pazienti.

La circolare n.55 e le altre successive disposizioni restarono del tutto inattuata e quindi, per far fronte alle problematiche correlate al ritardo e all'inadeguatezza dei servizi di ambulanza allora esistenti, a partire dalla metà degli anni '70, vennero attivate alcune sperimentazioni di ricezione e gestione delle emergenze territoriali. Queste facevano capo a numerazioni telefoniche semplificate e limitate al territorio di un unico distretto telefonico. Tali iniziative erano in parte promosse dai Comuni di grandi città e da alcuni Enti ospedalieri.

Nel 1990, quando i vari progetti strutturati a livello nazionale

sembravano ormai definitivamente abbandonati, il Ministero della Sanità, per far fronte alle gravi problematiche causa dell'inadeguatezza del servizio, decise di attivare sperimentalmente il numero 118 in occasio-

prio sulla base di quest'intesa condivisa tra tutte e venti le Regioni che il 27 Marzo 1992 il Ministero della Sanità propose al Consiglio dei Ministri il testo del decreto che definiva il "sistema emergenza".

prevedeva anche l'adozione di successivi accordi e decreti ministeriali per definire gli standard dei mezzi, del personale, e delle tecnologie. Per il raggiungimento di tale obiettivo, il Ministero della Sanità attivò varie commissioni tecniche, nessuna delle quali riuscì però a trovare soluzioni condivise da tutte le Regioni. L'unico argomento che arrivò a definizione per l'omogeneità a livello nazionale fu quello relativo alla codifica degli interventi di emergenza. (Panorama della Sanità 2022) Tali differenze sono state documentate da diversi studi svolti recentemente sul territorio nazionale (FIASO 2019) e (Bonada et al. 2021).

Da queste due analisi risultano evidenti le discrepanze nelle 4 macro aree in cui è stato suddiviso il Paese (Nord ovest- Nord est- Centro - Sud e isole) riguardanti in particolare la composizione del personale che opera in centrale operativa, il numero e composizione dell'equipe nei differenti mezzi di soccorso, l'utilizzo di algoritmi infermieristici per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti e i requisiti per l'accesso da parte di medici e infermieri al sistema 118.

È importante però mettere in evidenza come le relazioni tra i singoli sistemi regionali 118 a livello professionale e operativo permettono di ridurre e rendere meno impattanti tali diversità. Entrando più nello specifico sulla questione è necessario fare riferimento ai dati raccolti e presentati dalla SIIET e SIEMS (Società Italiana Emergenza Sanitaria) nello studio survey (Bonada et al. 2021) nel qua-



ne dei Campionati Mondiali di calcio. Il numero venne quindi attivato per la prima volta il 1° giugno 1990. Tale iniziativa fu possibile solo nelle province di Bologna e Udine: infatti in queste realtà erano già state realizzate sia le centrali uniche per la ricezione delle chiamate che le reti di soccorso territoriale a livello regionale.

La sperimentazione coincidente con il periodo di svolgimento dei Mondiali di calcio "Italia 90" si concluse con risultati positivi e i successi ottenuti furono decisivi per convincere molte Regioni a riprogrammare la realizzazione del servizio potendo strutturare così una rete su tutto il territorio nazionale. Infatti, a dicembre del 1991 la Conferenza Stato Regioni approvò un documento unitario sul sistema per la gestione delle emergenze sanitarie. Sarà pro-

Giunta l'approvazione dal Consiglio, il Presidente della Repubblica Francesco Cossiga firmò il testo definitivo così nominato: "DPR - Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" conosciuto anche come "Decreto istitutivo del 118".

L'attuazione operativa del DPR fu delegata alle Regioni che riuscirono a completare la copertura nazionale del servizio nei successivi 13 anni, nel 2005.

In ragione dell'autonomia accordata alle Regioni in materia sanitaria e il carattere di "indirizzo e coordinamento" del decreto, ogni Regione realizzò il proprio sistema 118.

Per evitare che si creassero importanti differenze organizzative a livello nazionale e per garantire un livello minimo di mantenimento dei LEA, il DPR

le vengono messi in evidenza diverse criticità, tra queste, le importanti difformità a livello provinciale e regionale degli aspetti organizzativi, gestionali e operativi del sistema 118.

La causa di queste differenze sono attribuibili all'adozione di differenti modelli di riferimento per l'organizzazione del sistema anche in virtù delle differenze geografiche e demografiche delle varie aree che compongono il nostro Paese, motivo per cui è indispensabile ripensare modelli di riferimento specifici per ogni realtà particolare. (Bonada *et al.* 2021)

Nel Decreto Ministeriale (DM) 739/94 che definisce il profilo professionale viene sottolineato che la formazione post-base è possibile per la pratica specialistica della professione.

I percorsi di specializzazione, a cui si può accedere a seguito del conseguimento della laurea triennale, sono volti a formare gli infermieri di assistenza generale su conoscenze cliniche avanzate e competenze che permettono di fornire specifiche prestazioni infermieristiche.

Una delle aree specialistiche individuate dal Decreto è l'area critica, ambito a cui afferisce in toto la gestione del paziente nel sistema 118.

L'associazione nazionale infermieri di area critica (ANIARTI) definisce l'area critica come "l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dall'instabilità della persona e dalla complessità dell'intervento infermieristico ovunque esse si manifestino." Individuando la figura infermieristica che opera in questo ambiente come: "il professionista

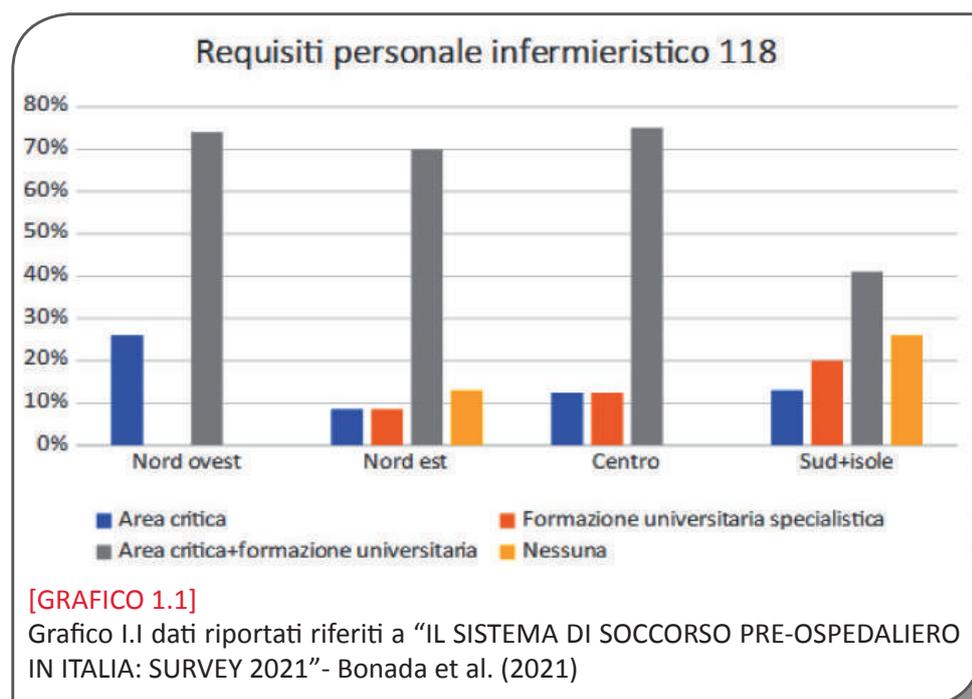
che garantisce un'assistenza infermieristica tempestiva, intensiva e continua a qualunque persona si trovi in situazione di instabilità e/o criticità vitale, utilizzando anche strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica".

Nello studio sviluppato da Bonada *et al.* (2021) è possibile prendere atto di come la situazione italiana ad oggi presenti importanti differenze interregionali. Innanzitutto bisogna sottolineare che la formazione specifica e l'esperienza clinica in ambiti di area critica sono elementi fondamentali per gli infermieri che operano nel sistema 118; infatti, la gestione di pazienti instabili e critici in maniera autonoma senza la possibilità di supporto da parte di altre figure sanitarie, presuppone che il professionista sia in possesso di competenze consolidate e costantemente aggiornate secondo le ultime evidenze scientifiche disponibili.

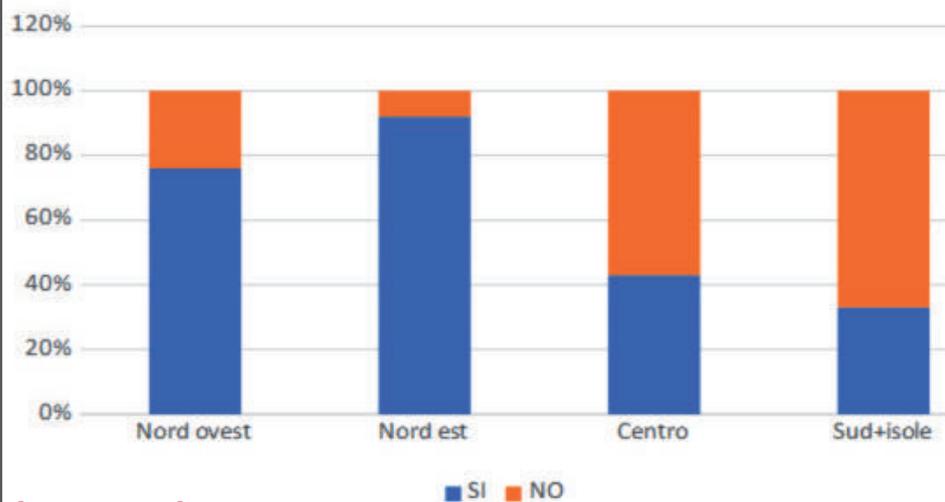
Dall'analisi dei dati raccolti da Bonada *et al.* (2021) emerge che solo il 53,6% delle realtà territoriali intervistate prevede requisiti di ingresso in cui è richiesta sia l'esperienza in area critica sia un percorso formativo per la gestione delle emergenze.

In molte altre realtà sono richiesti solo requisiti formativi (19%), oppure esperienziali (13,6%).

Nel 12% dei casi non è richiesto alcun requisito specifico per accedere al servizio sui mezzi di soccorso avanzato (MSA). Queste percentuali evidenziano l'eterogeneità presente sul territorio italiano; infatti, si può evidenziare che nelle regioni del sud ed isole, la maggior parte del personale infermieristico presente sui MSA non ha una formazione specifica post-base oppure un'esperienza clinica in area critica. (Il sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia: survey 2021, SIIET)



IMPIEGO PROTOCCOLI INFERMIERISTICI



[GRAFICO 1.2]

Grafico I.II dati riportati riferiti a "IL SISTEMA DI SOCCORSO PRE-OSPEDALIERO IN ITALIA: SURVEY 2021"- Bonada et al. (2021)

Sui mezzi di soccorso avanzati di base, detti anche mezzi infermieristici (MSAB), l'infermiere ricopre il ruolo di *team leader* sanitario e sono a suo carico sia la raccolta anamnestica patologica e farmacologica del paziente, che l'esecuzione dell'esame obiettivo e la raccolta dei parametri vitali. Sulla base dei dati e dalle valutazioni prima intercorse sarà sua responsabilità l'eventuale stabilizzazione primaria delle funzioni vitali per garantire un trasporto in sicurezza. Gli interventi volti alla stabilizzazione della condizione clinica devono essere applicati in base a protocolli specifici approvati dalla struttura complessa a cui afferisce la C.O.

Una possibile definizione di algoritmo clinico-assistenziale infermieristico, che qui si prende in considerazione recita: "è una sequenza prescrittiva e vincolante di comportamenti diagnostico-terapeutici

ben definiti che risulta dall'adattamento all'uso in contesti locali delle Linee Guida, con l'aggiunta di connotati operativi. Sono documenti che delineano un modello formalizzato di comportamento professionale e lo fanno declinando una successione di azioni fisiche, mentali e verbali con le quali gli infermieri raggiungono un determinato obiettivo." (Standard di interventi: Vantaggi dei Protocolli infermieristici [online]. *Nurse24.it* [Consultato il 31 agosto 2022] Disponibile da: <https://www.nurse24.it/studenti/standard/i-protocolli-cosa-sono.html>).

Questi comportamenti sono comprensivi anche della somministrazione di farmaci con l'obiettivo finale di garantire un intervento efficace per la salvaguardia delle funzioni vitali del paziente.

È interessante sottolineare come la possibilità di somministrare farmaci in autonomia

in situazioni di emergenza/urgenza durante interventi di soccorso fosse già prevista nel DPR istitutivo del 118 risalente al 1992. Infatti, nell'articolo 10 del Decreto Presidenziale si evince che " il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni endovena e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio" (DPR 27 Marzo 1992).

A questo punto è chiaro che l'idea e la possibile applicazione di specifici algoritmi da parte del personale infermieristico fosse presente già agli inizi degli anni 90', ma solamente a distanza di più di 20 anni si assiste all'istituzione e all'applicazione operativa in alcune realtà provinciali dei suddetti algoritmi.

Dall'analisi proposta da Bonada *et al.* (2021) emerge come ci sia una sostanziale differenza tra le varie aree geografiche del Paese nell'applicazione sui mezzi operativi dei protocolli infermieristici; in particolare nelle regioni del sud ed isole e nel centro Italia dove, rispettivamente per oltre il 60% ed il 50% dei MSAB, non è previsto l'utilizzo di protocolli per rendere più efficace l'intervento infermieristico.

Nelle regioni del nord est, oltre il 90% del personale è abilitato per l'utilizzo degli algoritmi mentre al nord ovest questa percentuale si attesta oltre il 70%.

Si ritiene inoltre importante

sottolineare che nell'ambito dell'attuale contesto normativo per l'applicazione di algoritmi che includano la somministrazione di farmaci e procedure terapeutiche, è necessario che l'infermiere maturi un'esperienza in contesti clinici di emergenza urgenza oltre ad un percorso formativo specifico e l'accesso ad una prescrizione medica diretta, come previsto dagli algoritmi/protocolli clinico-assistenziali.

■ MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca di fonti bibliografiche inerenti alla tematica attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed e tramite il portale di

Google Scholar. L'interrogazione di queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di filtri e parole chiave.

Sono stati analizzati tutti i titoli e gli abstracts, eliminando gli articoli trovati più di una volta, per selezionare gli articoli ritenuti rilevanti. Gli articoli che non sono stati inclusi in questa revisione sono stati considerati poco pertinenti all'obbiettivo del lavoro di tesi.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche e per un'ottimale selezione degli articoli pertinenti l'argomento considerato nello studio, è stato sviluppato un quesito di ricerca clinico seguendo la metodologia PIO (patient, intervention, outcome).

P-> infermiere operante in

emergenza territoriale in Italia
I-> impiego, competenze richieste e utilizzo protocolli clinico assistenziali

O-> utilizzo della figura infermieristica avanzata in emergenza territoriale

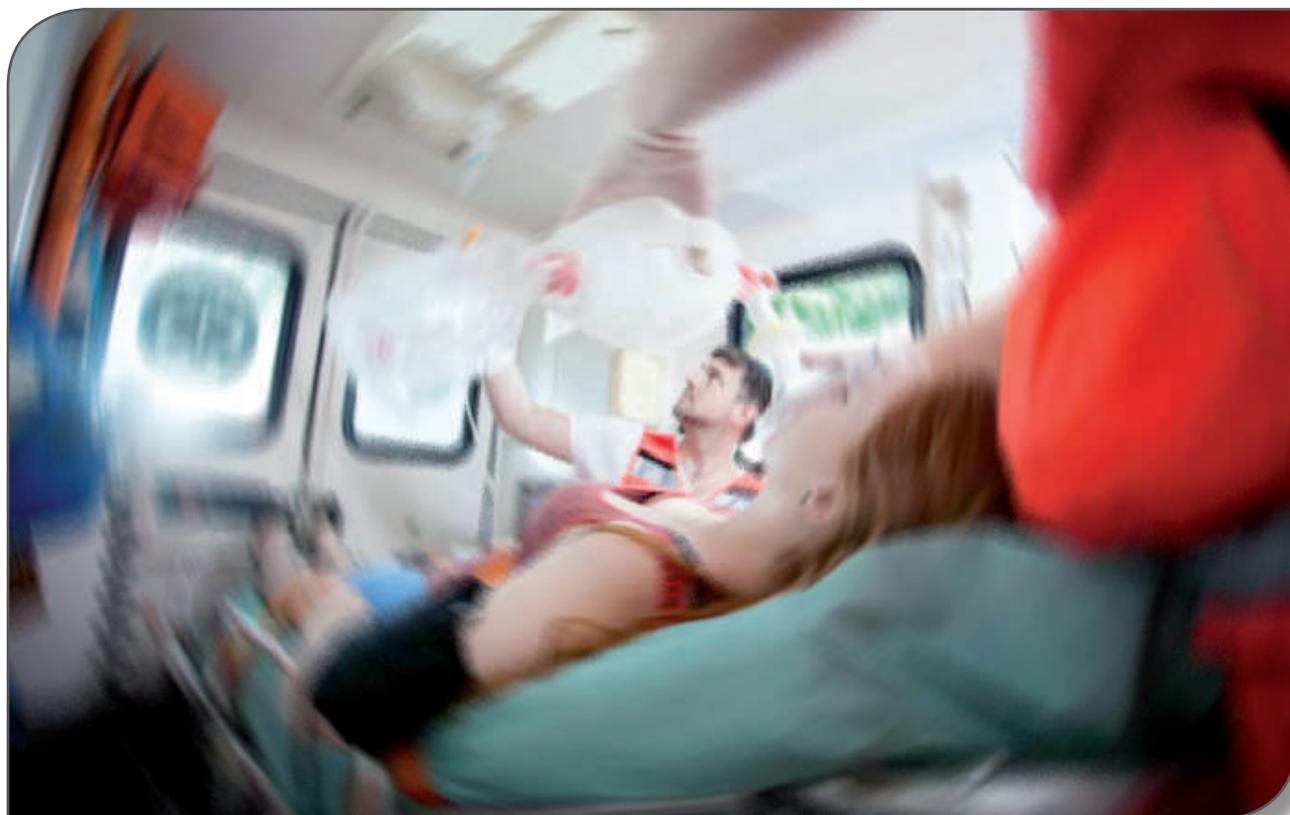
Per effettuare la ricerca sulla banca dati biomedica PubMed sono stati utilizzati i seguenti termini Mesh: Nurses [Mesh], Emergencies [Mesh] e come operatori booleani: AND.

La stringa di ricerca così ottenuta e utilizzata è stata la seguente:

("Nurses"[Mesh]) AND "Emergencies"[Mesh] AND italy.

■ RISULTATI

La ricerca bibliografica effettuata sulla banca dati PubMed sull'argomento preso in esame in questo studio non ha





zionale da parte di tutto il personale paramedico in autonomia, con quello italiano, e nello specifico il profilo dell'infermiere che in molti casi non prevede protocolli clinico-assistenziali a cui fare riferimento.

Inoltre per mezzo del motore di ricerca Google Scholar è stato possibile reperire un'interessante analisi svolta a fine 2021:

● Bonada D, Brioschi E, Colombi L, Corbetta C, Di Silvestre R, Gheri F, Lucenti E, Migliari M, Pirovano M, Sechi G, "Il sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia: survey 2021", SIIET. L'analisi evidenzia la frammentazione ed eterogeneità del sistema dell'emergenza territoriale italiano, identifica le diverse professionalità che operano al suo interno e i differenti profili di competenze richiesti per quanto riguarda la selezione del personale infermieristico.

portato esiti positivi; il motivo principale di ciò è dovuto al fatto che non erano presenti articoli redatti da enti italiani, sufficientemente recenti (data di pubblicazione inferiore a 12 anni), che trattassero i temi dell'emergenza territoriale e del ruolo del personale infermieristico.

Per svolgere quindi una scelta oculata degli articoli selezionati, dopo la ricerca primaria svolta sulle banche dati più grandi, è stato consultato il catalogo completo presente sul sito web di ANIARTI della rivista scientifica in ambito infermieristico "Scenario".

A seguito della consultazione del catalogo sono stati selezionati 2 studi di tipo osservazionale svolti sul territorio italiano tra gli anni 2010 e 2011; nello specifico sono:

● Imbriaco G, Mostardini M, Erbacci M, Gamberini G, La

Notte M, Dal Bosco L, Lopez R, Fazi A. (2010) "Analisi delle competenze infermieristiche nei servizi di emergenza pre-ospedaliera: i risultati di un'indagine multicentrica italiana". In questa pubblicazione si pone l'attenzione sulle reali competenze del personale infermieristico operante a bordo dei mezzi di soccorso sul territorio italiano, mettendo in rilievo le differenze tra le diverse realtà italiane.

● Petracca S, Graciotti P, Massei P, Mercuri M. (2011) "Analisi e comparazione tra il modello di emergenza extraospedaliera italiano ed anglosassone. Organizzazione, formazione e ruolo infermieristico". In questo studio il focus è il confronto tra il modello del servizio di emergenza-urgenza territoriale anglo-statunitense, principalmente basato sull'adozione di protocolli e procedure standardizzate a livello interna-

■ DISCUSSIONE

Dall'analisi sopra riportata è stato possibile comprendere l'importanza della figura infermieristica all'interno del sistema 118; l'evoluzione avvenuta in quest'ultimo trentennio della figura professionale è attribuibile in buona parte alla possibilità che ha avuto l'infermiere di poter lavorare con un elevato grado di autonomia nel contesto dell'emergenza extra ospedaliera.

Nonostante questo non in tutte le realtà regionali italiane l'infermiere presente sul territorio nell'emergenza extra ospedaliera è impiegato in maniera conforme alle sue reali competenze e potenzialità.

Un interessante studio che confronta il sistema di emergenza extra ospedaliera italiano e quello del Regno Unito e Statunitense mette in risalto che le due realtà nazionali adoperano paradigmi d'approccio alla gestione a territoriale molto differenti tra loro.

Infatti, nei contesti del Regno Unito e degli Stati Uniti, le figure presenti sui mezzi di emergenza sono esclusivamente tecnici specializzati noti come paramedici. Queste sono figure professionali altamente formate e specializzate nel trattamento in autonomia di qualsiasi emergenza di natura sanitaria che si può presentare sul territorio.

Il paradigma utilizzato in maniera preponderante in queste due realtà è quello dello *scoop & run* in qualsiasi situazione essi si trovino. Questa metodologia di approccio prevede che l'obiettivo principale dell'intervento sia una valutazione corretta dello scenario, il trattamento precoce delle principali problematiche (manovre salvavita) attraverso procedure invasive e non e il trasporto più rapido possibile verso il centro di riferimento più vicino per quella determinata condizione. Volendo approfondire la tematica della formazione specifica di questi operatori tecnici specializzati, facendo riferimento a quelli operanti negli Stati Uniti, si può rilevare che un paramedico per acquisire e mantenere la licenza *EMT (Emergency medicine Technician)* ha l'obbligo di perseguire un percorso di formazione continua in ambito medico e rinnovare biennialmente i cor-

si certificativi riconosciuti a livello internazionale quali: *BLS (Basic Life Support)*, *BTLS (Basic Trauma Life Support)*, *ALS (Advanced Life Support)*, *ACLS (Advanced Cardiac Life Support)*, *ATLS (Advanced Trauma Life Support)*, *PBLS (Pediatric Basic Life Support)*, *PALS (Pediatric Advanced Life Support)*.

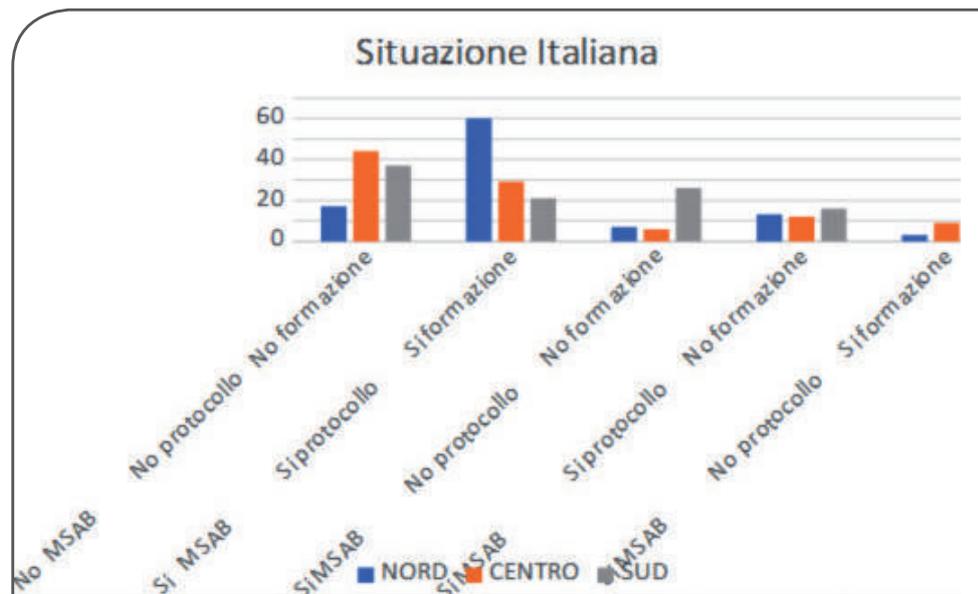
Con questa formazione di base richiesta a tutti gli operatori tecnici e la verifica periodica (biennale) delle conoscenze e competenze mantenute da ciascun professionista, è possibile redigere un registro dei soccorritori certificati e abilitati al servizio.

Questo modello concettuale molto rigido e specifico permette di avere sul territorio nazionale una situazione omogenea e con standard di soccorso elevati.

Inoltre in questa maniera è possibile far agire in modo

autonomo il professionista in quasi la totalità degli scenari (trauma, patologie cardiologiche, paziente pediatrico,...); questo farà riferimento a protocolli e algoritmi d'azione continuamente aggiornati secondo le ultime evidenze scientifiche. Un esempio di protocollo utilizzato negli Stati Uniti è quello dell'*ACLS*, che consente ai paramedici di somministrare adrenalina, lidocaina e atropina in totale autonomia per il trattamento delle patologie in acuto a carico dell'apparato cardiovascolare. Inoltre, in conformità a protocolli e procedure standard validate a livello internazionale, il paramedico può somministrare analgesici, oppiacei e curari per il trattamento del dolore acuto o la gestione dell'intubazione endotracheale.

Il modello organizzativo italiano per cui gli equipaggi presen-



[GRAFICO 1.3]

Grafico I.III dati riportati riferiti a - Analisi e comparazione tra il modello di emergenza extraospedaliera italiano ed anglosassone. Organizzazione, formazione e ruolo infermieristico- Graciotti et al. (2011)

ti sui mezzi di soccorso possono variare molto tra di loro (MSB, MSAB, MSA) determina la situazione per cui possono essere adottate strategie differenti in base al *team* operante sul mezzo di soccorso e allo scenario che si trova ad affrontare. In Italia gli approcci riscontrabili sono due: *scoop & run* e *stay & play*. Il primo è adottato principalmente dagli equipaggi dei MSB e da quelli avanzati nelle situazioni di maggiore criticità,

Nella filosofia adottata dal modello italiano si prevede quindi, tra le possibili alternative, un trattamento inteso a curare la problematica direttamente sul territorio, evitando così l'eventuale accesso all'ospedale di competenza attraverso il passaggio in DEA.

A differenza di quanto prima descritto, in Italia la valutazione delle competenze e abilità per operare a bordo di mezzi anche avanzati risponde a cri-

glese-statunitense. (Graciotti *et al.* 2011)

Nello studio di Graciotti *et al.* (2011) si sottolinea che nelle aree del centro-sud l'organizzazione dell'emergenza prevede in minima parte la presenza dell'infermiere a bordo di mezzi di soccorso avanzati con protocolli validati, oltre al fatto che l'ambito della formazione specifica viene affrontato in maniera molto marginale.

È importante sottolineare,



mentre il secondo prevede il fatto che l'obiettivo dell'intervento non sia solo più quello di soccorrere e trattare le principali problematiche che mettono a rischio la persona, ma quello di poter ridurre al minimo l'intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguato trattamento prima del trasporto verso l'ospedale più idoneo; questo è noto anche come *Therapy Free Interval*.

teri meno rigidi, con importanti differenze interregionali. In entrambi i modelli, sia quello italiano che quello anglosassone, alla formazione è riconosciuto un ruolo fondamentale. Nel sistema italiano viene data molta rilevanza alla formazione base, mentre non è chiara e ben definita l'importanza della conoscenza specifica di protocolli; questa invece ha un ruolo fondamentale nel modello in-

che negli ultimi anni, la figura infermieristica ha ottenuto importanti riconoscimenti sul piano del percorso di studi universitari e dell'autonomia professionale; tra i più importanti si cita il passaggio da un situazione "autorizzativa" del mansionario abrogata con la Legge 42/1999, ad una di collaborazione ed autonomia professionale per il proprio campo di competenze. Parallelamente

però nell'ambito dell'emergenza extra ospedaliera il quadro legislativo è rimasto invariato da ormai 30 anni con la validità ancora del DPR del 27 marzo 1992 che recita all'articolo 10: "...protocolli decisi e approvati dal medico responsabile del servizio...".

Questo comporta che a livello operativo la figura infermieristica sia relegata, in molti casi, ad avere un ruolo marginale soprattutto là dove si ha la mancanza di protocolli e procedure per fornire un sostegno all'attività professionale. (DPR, 27 marzo 1992)

Altri aspetti che risultano critici sono quelli riguardanti il ruolo della formazione continua, processo fondamentale per garantire un corretto svolgimento della professione e della valutazione in itinere del professionista utile per definire obiettivi formativi a medio-lungo termine e apportare cambiamenti sia a livello organizzativo che individuale.

In Italia le uniche realtà ad avere intrapreso un percorso di questo genere, (Graciotti *et al.* 2011) sono quelle della Lombardia tramite AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza) e del Lazio per conto di ARES 118 (Assistenza Regionale Emergenza Sanitaria). In entrambi i casi è stato strutturato un percorso di formazione centralizzato e uniforme con valutazione periodica obbligatoria e sono stati istituiti protocolli clinico-assistenziali specifici.

Ad oggi in Italia, sono state intraprese alcune iniziative volte a coinvolgere professionisti, istituzioni e politici per collaborare all'elaborazione di nuo-

vi metodi organizzativi, gestionali e legislativi di riferimento, con la finalità di apportare un cambiamento alla situazione attuale.

Un evento molto importante in quest'ambito si è svolto a settembre del 2021 a Riva del Garda "II° Congresso Nazionale Emergenza Urgenza" in occasione del quale si sono riunite tutte le realtà dell'emergenza urgenza con le relative società scientifiche sia mediche che infermieristiche, le quali hanno prodotto e sottoscritto una dichiarazione denominata Carta Riva, in cui sono stati indicati i "13 punti ritenuti imprescindibili per il cambiamento del sistema".

Alcuni dei passaggi presenti nel documento sono problematiche rilevate e analizzate anche nel presente elaborato tra cui il superamento della frammentazione dei modelli gestionali su base regionale e/o provinciale, al fine di garantire un trattamento standardizzato ed uniforme alle persone su tutto il territorio nazionale, sempre comunque nel rispetto delle prerogative proprie delle Regioni in materia di organizzazione dei rispettivi SSR.

Nella Carta si sottolinea l'importanza della valorizzazione del personale infermieristico nelle centrali operative e nei pronto soccorso e il riconoscimento in maniera adeguata delle elevate competenze infermieristiche, in ambito di emergenza pre ospedaliera.

Infine viene ribadito come sia necessario l'utilizzo di forme omogenee di reclutamento del personale (standard formativi minimi a livello nazionale). (Carta Riva 2021)

■ CONCLUSIONI

La figura infermieristica all'interno del sistema dell'emergenza territoriale ha un ruolo fondamentale e centrale fin dalla sua istituzione risalente oramai a 30 anni fa.

Dall'analisi degli studi, seppur parziale e necessariamente limitata a causa della scarsa produzione scientifica in questo settore, emerge come l'impiego, le responsabilità e le competenze di questa figura professionale siano molto eterogenee sul territorio nazionale a causa di modelli organizzativi e formazione specifica differente.

A distanza di 30 anni dall'istituzione del servizio, sarebbe necessario un rinnovamento del quadro legislativo di riferimento anche in virtù dell'importante evoluzione che ha subito la figura infermieristica negli ultimi decenni.

L'aspetto su cui ci si dovrà focalizzare per favorire al meglio lo sviluppo della professione in questo ambiente è il rendere omogenei a livello nazionale gli standard di formazione del personale operante sui mezzi di soccorso, differenziando anche le competenze in base alla tipologia di ruolo ricoperto e il mezzo su cui si opera; in quest'ambito hanno un ruolo importante l'implementazione da parte delle Università di percorsi di formazione post-base specifici per l'emergenza extra ospedaliera.

In secondo luogo, è importante prevedere dei requisiti base omogenei a livello nazionale per accedere al servizio di emergenza territoriale; in questo caso è interessante fare



riferimento alla metodologia applicata nel sistema anglosassone che prevede requisiti molto specifici e restrittivi che, uniti all'obbligo della formazione continua e standardizzata, permettono l'iscrizione ad un registro nazionale di operatori sanitari abilitati all'esercizio della professione sui mezzi di soccorso.

In aggiunta sarebbe molto importante implementare su tutto il territorio nazionale l'istituzione, l'approvazione e l'utilizzo dei protocolli clinico assistenziali per la gestione in autonomia di specifiche patologie; questi, uniti alla formazione specifica e uniforme, sarebbero strumenti fondamentali per favorire l'autonomia professionale del personale infermieristico operante sui mezzi di soccorso in ambiente extra ospedaliero.

Di pari passo sarebbe opportuno realizzare nuovi studi che approfondiscano la tematica per favorire la produzione di nuovi dati e contenuti che possano guidare l'evoluzione del-

la professione infermieristica nell'ambito dell'emergenza territoriale.

In conclusione, facendo riferimento più nello specifico all'ambito politico, è stata depositato il Disegno di legge 2153, dove è presente un'interessante proposta di rinnovamento del sistema di emergenza territoriale partendo da integrazione e uniformizzazione a livello nazionale di tutte le C.O. con il numero unico europeo (NUE) 112.

Si prevede inoltre, anche a livello dei DEA, una rivoluzione nazionale implementando dei percorsi *See and Treat* e *Fast Track* per i codici di minore gravità gestiti in autonomia dal personale infermieristico.

Per quanto riguarda più strettamente la figura dell'infermiere nell'ambito dell'emergenza territoriale, nel disegno di legge viene sottolineato più volte come ci debbano essere a livello nazionale dei requisiti standard che regolamentino l'accesso del personale sui mezzi di soccorso.

In particolare il documento propone l'essere in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza-urgenza, acquisita mediante master universitari di primo livello o un percorso formativo regionale certificato. Per di più, si prevede che per accedere al sistema pre ospedaliero di emergenza urgenza sia necessario maturare un'esperienza professionale, di durata non inferiore a due anni, nell'area critica ospedaliera, ovvero nei pronto soccorso e/o nelle terapie intensive.

Altro aspetto su cui si focalizza il Disegno di legge è la presenza su tutto il territorio nazionale, di algoritmi clinico-assistenziali elaborati sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti per il personale infermieristico operante come *team leader* in equipe di soccorso avanzato.

Infine, sono previsti percorsi obbligatori di verifica periodica delle competenze e di formazione continua del professionista. Sicuramente questa proposta rappresenta un'occasione più

unica che rara per poter finalmente dare una definizione chiara della figura infermieristica operante nell'emergenza territoriale, riconoscendo le sue effettive competenze e tutelandola durante il suo operato. In aggiunta, definendo in maniera chiara e precisa i percorsi per accedere al servizio, permetterebbe a molti professionisti di potersi formare in maniera specifica per quel ruolo secondo percorsi universitari post-base dedicati e corsi su base nazionale certificati.

■ BIBLIOGRAFIA

- I. Bonada D, Brioschi E, Colombi L, Corbetta C, Di Silvestre R, Gheri F, Lucenti E, Migliari M, Pirovano M, Sechi G, Il sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia: survey 2021, SIIET
- II. Carta di Riva, 20 settembre 2021, Riva del Garda, Italia, (2021).
- III. FIASO, (2019). I servizi di emergenza territoriale - Analisi organizzativa delle centrali operative 118, dei servizi di trasporto sanitario su gomma e di elisoccorso nel SSN. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- IV. Imbriaco G, Mostardini M, Erbacci M, Gamberini G, La Notte M, Dal Bosco L, Lopez R, Fazi A. (2010) Analisi delle competenze infermieristiche nei servizi di emergenza preospedaliera: i risultati di un'indagine multicentrica italiana. *Scenario*, 27:35-42
- V. Italia. Ministero dell'Interno, (1967). Circolare Ministeriale n.55, 1 aprile 1967.
- VI. Italia. Ministero della Salute, (1985). Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88 Legge n.585, 23 ottobre 1985
- VII. Italia. Ministero della Salute, (1996). Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1992. Atto di intesa n. 114, 17 maggio 1996.
- VIII. Italia. Ministero della Salute, (1994). Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere Decreto Ministeriale n.739, 14 settembre 1994.
- IX. Italia. Senato della Repubblica, (2021). Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria. Disegno di Legge n.2153.
- X. Italia. Presidente della Repubblica, (1992). *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza DPR, 27 marzo 1992.*
- XI. Italia. Stato Italiano, (1999). Disposizioni in materia di professioni sanitarie Legge n.42, 26 febbraio 1999.
- XII. Panorama della Sanità, *118 si salvi chi può*. 2. Ed., Viterbo: Kos Comunicazione e Servizi Srl; 2022.
- XIII. Petracca S, Graciotti P, Massei P, Mercuri M. (2011) Analisi e comparazione tra il modello di emergenza extra-ospedaliera italiano ed anglosassone. Organizzazione, formazione e ruolo infermieristico. *Scenario*, 28:14-19

■ SITOGRAFIA

- Aniarti[online].Home.[Consultato il 31 agosto 2022] Disponibile da:https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=773&Itemid=100&lang=it
- Emergenza Urgenza – portal [online]. home - portal. [Consultato il 31 agosto 2022]. Disponibile da: <https://www.asur.marche.it/emergenza-urgenza>
- FNOPI | Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [online]. [Consultato il 31 agosto 2022] Disponibile da: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf>
- Ministero della Salute [online].Ministero della Salute. [Consultato il 31 agosto 2022]. Disponibile da: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1190&area=118+Pronto+Soccorso&menu=vuot
- Standard di interventi: Vantaggi dei Protocolli infermieristici [online].*Nurse24.it* [Consultato il 31 agosto 2022] Disponibile da: <https://www.nurse24.it/studenti/standard/i-protocolli-cosa-sono.html>.

DOTT. STEFANO LUCA PATANIA

PCC - Health Coach - Professional Certified Coach ICF

Membro Comitato Scientifico AIHC (Associazione Italiana Health Coaching)

drembinghet@gmail.com

LE RADICI ETICO-UMANISTICHE DELL'HEALTH COACHING: A SUPPORTO DEL DISTRESS DEL CAREGIVER

ABSTRACT

FINALITÀ E TIPOLOGIA DI RICERCA

La finalità della ricerca è scoprire strumenti efficaci atti a supportare e istruire i caregivers a fronte di situazioni di difficoltà, anche dal punto di vista etico, come il distress morale.

È stata effettuata una revisione della letteratura dedicata al collegamento tra comportamento morale e le neuroscienze.

Successivamente si sono studiati i principali modelli di Coaching con finalità Etiche, in quanto progressivo distacco dal modello di Coaching legato alla Performance.

Una volta stabilite le affinità, si è svolta una ricerca filologica tra i principali autori di Etica Umanistica per individuare le radici autentiche di un Health Coaching volto a definire i principi fondamentali di un potenziamento del Benessere.

RISULTATI E DISCUSSIONE

In base alle Neuroscienze è emerso un collegamento decisivo tra comportamento morale e impatto emotivo, con implicazioni tangibili sulla resilienza del caregiver. Le principali scuole di pensiero di Coaching che hanno preso in considerazione il Benessere della

persona, si sono rivolte alla configurazione dei Valori, cioè ai principi etici e morali. Mediante l'osservazione empirica che l'eccesso di performance nelle organizzazioni generava problemi al Benessere individuale, ciascuno dei principali protagonisti di questo Coaching "reattivo", ha affrontato in base a punti di vista differenti lo stesso problema: il dilemma interiore basato sui Valori.

Si è ricercato nella letteratura di filosofia sociale un rationale comune a questi autori, ravvisando nelle opere di Erich Fromm il principale ispiratore di un Health Coaching deontologico, fondato sulla priorità del supporto alla persona.

CONCLUSIONI

Grazie a questa evidenza, si apre la possibilità di approfondire ulteriormente lo studio della scuola di filosofia sociale di Fromm e metterla in relazione con le tecniche di supporto al caregiver, in modo che l'intervento di potenziamento si avvalga di una maggiore consapevolezza tecnica delle dinamiche sottostanti al conflitto morale interiore.

PAROLE CHIAVE

Caregiver, Distress Morale, Health Coaching, Etica Umanistica, Benessere.

ABSTRACT

PURPOSE AND TYPE OF RESEARCH

The aim of the research is to discover effective tools to support and educate caregivers in the face of difficult situations, including from an ethical point of view, such as moral distress.

A literature review devoted to the link between moral behavior and neuroscience was performed. Subsequently, the main models of Coaching with Ethical purposes were studied, as a progressive detachment from the Coaching model linked to Performance. Once the affinities were established, a philological research was carried out among the main authors of Humanistic Ethics to identify the authentic roots of a Health Coaching aimed at defining the fundamental principles of an enhancement of Well-being.

RESULTS AND DISCUSSION

Based on Neuroscience, a decisive link has emerged between moral behavior and emotional impact, with tangible implications on the caregiver's resilience. The main Coaching schools of thought that have taken into consideration the well-being of the person have turned to the configuration of Values, that

is, to ethical and moral principles. Through the empirical observation that excess performance in organizations generated problems for individual Well-being, each of the main protagonists of this "reactive" Coaching, faced the same problem based on different points of view: the inner dilemma based on Values.

A rationale common to these authors was sought in the social philosophy literature, recognizing in the works of Erich Fromm the main inspirer of deontological Health Coaching, based on the priority of support for the person.

CONCLUSIONS

Thanks to this evidence, the possibility opens up of further deepening the study of Fromm's school of social philosophy and relating it to caregiver support techniques, so that the strengthening intervention makes use of a greater technical awareness of the dynamics underlying the inner moral conflict.

Key Words

Caregiver, Moral Distress, Health Coaching, Humanistic Ethics, Well-being.

INTRODUZIONE

Aristotele definisce il Benessere come *eudaimonia*.

Nella sua Etica Nicomachea, questa condizione umana è una esperienza legata al compimento di uno o più atti virtuosi, in accordo con la propria natura razionale, con le proprie scelte.

Il Benessere in senso classico, quindi, dipende da un tipo particolare di azione che porti a compimento la natura stessa dell'individuo. Altri pensatori più recenti sembrano aver preso il sopravvento su questa visione. Oggi ci confrontiamo con un pensiero dominante utili-

“Il fallimento dell’Uomo nell’usare e spendere quanto possiede è causa di malattia e di infelicità.

La validità di tale principio appare nei riguardi sia dei poteri fisici che di quelli psichici”

(Fromm, 1971)

taristico che non considera pienamente il senso del Benessere individuale. Questa concezione sembra avere delle conseguenze impattanti sulle condizioni di lavoro del caregiver.

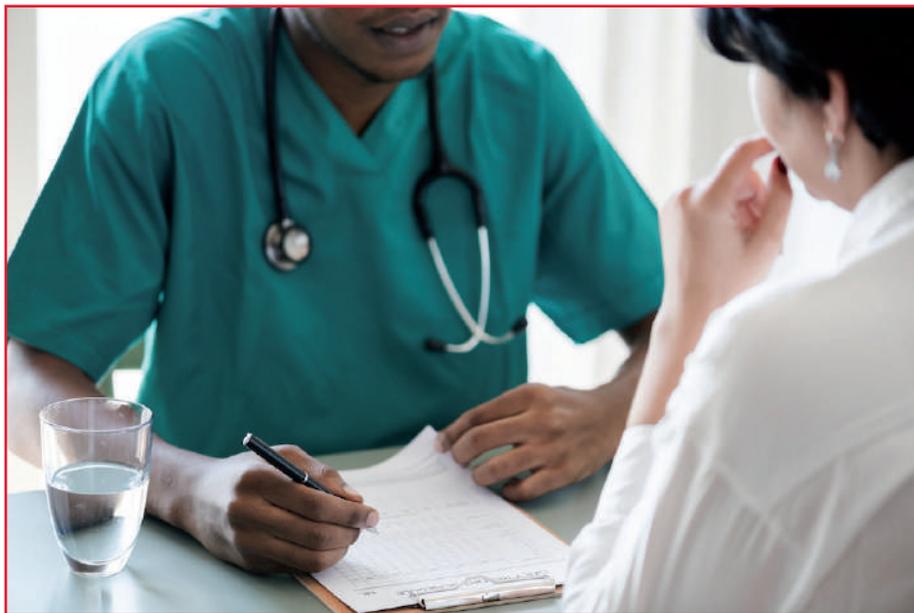
I Caregivers sono il cardine dell’assistenza sanitaria.

Per questo motivo questi professionisti sono oggi sottoposti ad una pressione notevole. Nel-

la maggior parte dei casi questa pressione è multifattoriale, data da ambiente di lavoro, pazienti, condizioni operative. Si lavora tra direttive stringenti da un lato, autocoscienza, senso dello scopo e del dovere, dall’altro. Quando questa pres-

sione diviene insopportabile può verificarsi un cedimento della resilienza, che assume diverse forme a seconda dell'individuo e delle situazioni. L'Health Coaching ha il compito di facilitare una condizione di efficienza e Benessere al tempo stesso, nell'occuparsi del paziente e del suo caregiver, dando supporto esterno alle cure gestite dal personale medico e dagli psicologi. In un recente confronto interno all'Associazione Italiana Health Coaching, è emersa l'importanza di approfondire la conoscenza dell'identità dell'Operatore del Benessere.

Le evidenze delle neuroscienze e uno studio filologico approfondito condotto sui temi dell'Etica Umanistica sembrano indicare la necessità di rendere ancor più coerente e definita la Missione dell'Health Coach, migliorando così il suo intervento di supporto al caregiver e al suo benessere,



evitando così che parte del beneficio potenziale prodotto da ogni intervento di empowerment venga compromesso.

In accordo con la AACN (American Association Critical Care Nurse, 2020), le principali forme di esaurimento della resilienza dei caregivers sono rappresentate dal Burnout, lo Stress da Compassione ed il Distress Morale; quest'ultimo, secondo alcune evidenze, sembra essere il primo passo verso un successivo burn-out ed una maggiore sensibilità allo stress da compassione.

L'impossibilità di agire secondo i propri Valori, i propri principi etici, le proprie norme morali,

alla lunga può provocare una serie di sintomi fisici, emozionali e psicologici, che possono aumentare il turnover professionale (Schluter et al., 2008).

Purtroppo oggi non si considera abbastanza questa componente, che invece è fondamentale per l'equilibrio e il Benessere del caregiver. Spesso è lo stesso ambiente in cui egli opera e la pressione organizzativa che gli impedisce di operare come vorrebbe. Questo genera un disagio che, a lungo termine, può risultare nocivo per il caregiver e la qualità dell'assistenza.

Questa condizione è stata studiata e confermata da Rowling (2012), che ha rilevato come a fronte di una necessità sempre maggiore di ingaggio e condivisione a livello di assistenza sanitaria, i manager della sanità si siano concentrati prevalentemente su di uno stile direttivo utilitaristico

top-down preoccupato soprattutto di somministrare obiettivi. Questo ha provocato conseguentemente il fallimento del cambiamento culturale teso all'inclusione ed alla qualità desiderata (Coulther, 2012 e Coulter et al., 2013). Più recentemente Iordanou et al (2017) hanno rilevato come il Coaching in uso presso il management della sanità sia ancora del tipo tradizionale; Performance, Leadership ed Executive. Pertanto la mentalità dei dirigenti è rimasta indietro rispetto alle esigenze reali.

Pertanto rimane simile al management di altri contesti organizzativi aziendali. Altre volte sono le aspettative dell'operatore stesso ad essere poco realistiche (promesse sulle prognosi al paziente, accanimento terapeutico), o è il Team che può compromettere con vari meccanismi l'efficacia di azione del protagonista (AACN - 07/2020).

L'Health Coach lavora sia a livello del singolo, che a livello del Team per poter prevenire nel lungo termine queste criticità, collaborando eventualmente con il Coordinatore o lo Psicologo. Svolge questa attività di empowerment, mediante un percorso di partnership con il caregiver, relati-



vamente ad atteggiamento, consapevolezza, capacità di utilizzare al meglio le proprie risorse, per sé stesso, per il paziente e per il Team.

All'interno della Associazione Italiana Health Coaching si è aperto un dibattito sull'identità dell'Health Coach.

La crescente domanda di Benessere ed il crescente impegno degli Operatori della Facilitazione ha fatto emergere il problema che la formazione attuale, pur tecnica e pragmatica, mancava di un riferimento.

Molti Capi Scuola del Coaching negli ultimi decenni hanno avuto brillanti intuizioni, ma nessuno di loro aveva offerto una visione di insieme che fosse convincente, profonda e completa, nel delineare i principi base del generare il Benessere individuale. In particolare, negli ultimi anni, si è visto uno spostamento "reattivo" dello stile di Coaching, proprio nel tentativo di rispondere alla crescente domanda di Benessere individuale. Questo "spostamento" del Coaching è stato osservato anche da Iordanou et al. (2017).

La percezione di essersi allontanati di molto dalle radici del Performance Coaching, pur mantenendone il pragmatismo e lo schema metodologico, si accompagna ad una distanza talvolta conflittuale tra Performance e Benessere, con

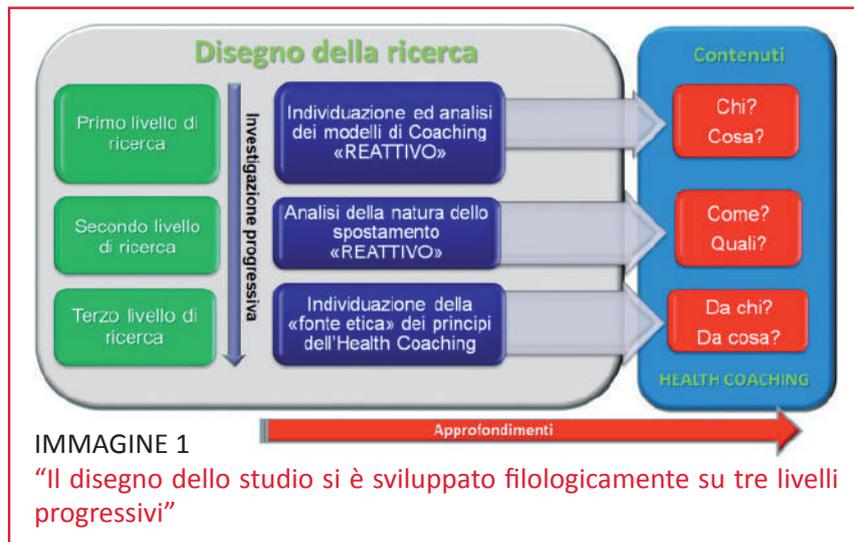
cui spesso l'Health Coach è portato a scontrarsi durante la terapia. Per questo motivo si è voluto approfondire questo approccio al Coaching, passando in rassegna tutti i maggiori protagonisti, per poter trovare dei denominatori comuni e trovare un punto di riferimento che possa essere un modello di ispirazione per l'Health Coach.

Le neuroscienze spiegano bene quali siano i vantaggi di un atteggiamento di consapevolezza profondo dell'operatore, dato che lo stato mentale seleziona i segnali esterni in base alle convinzioni ed alle esperienze personali. Il primo ad avere questa intuizione fu William James, che descrisse come il concentrarsi su di un aspetto della realtà "comporta il ritrarsi della mente da alcune cose per poter operare su altre con grande efficienza (James, 1890). Oggi sappiamo che i filtri percettivi possono essere autoindotti dal *cueing* endogeno, in cui l'orientamento dell'attenzione è volontaria, guidata dagli scopi del partecipante (Gazzaniga, 2021).

La necessità di una intenzione originaria pura relativa all'Health Coaching sembra pertanto andare ben oltre una semplice sensazione di disagio degli operatori.

Questa profonda necessità di avere come riferimento un modello "intenzionale" diverso dalle

classiche scuole di Executive Coaching basate sulla Performance sembra venir confermata anche da Pelham nel 2016 e riportato anche da Jordanou et al nel 2017: “ un diverso *me* che porti nella relazione (*di coaching*) determinerà il modo di comprendere e trattare i problemi”. In altre parole, pare evidente che le esperienze, la mentalità, le convinzioni, l'imprinting culturale dell'Health Coach condizionano le sue buone intenzioni. Per questo motivo, una maggiore chiarezza ed ispirazione di un modello Umanistico ed Etico per il Benessere renderà gli Health Coach molto più efficaci nel dare supporto al caregiver, proprio nella sfida più importante dell'essere umano: la propria Salute. Saranno in grado di sentirsi più forti, ispirati e potenti nell'affrontare le novità portate dai caregivers dove il conflitto morale diventa impegnativo, causa condizionamento ambientale e le reazioni emotive correlate.



MATERIALI E METODI STRATEGIA DI RICERCA

Si è applicato un modello di ricerca filologica di investigazione progressiva su tre livelli, con approfondimenti su ciascun livello investigato.

PRIMO LIVELLO DI RICERCA

Analisi dei modelli “reattivi”

Si sono passati in rassegna i vari modelli di Coaching. Il principale tipo di Coaching classico è quello aziendale, dedicato ad aumentare, in modo più o meno direttivo, esclusivamente la Performance produttiva (Executive Coaching). Più recentemente, l'Health Coaching ha posto l'accento sul Benessere, personale ed organizzativo, portandolo almeno sullo stesso piano della Performance, se non al di sopra. In considerazione di questo, si sono ricercati in particolare,

quei principali autori che, partendo dall'applicazione del modello classico di Coaching aziendale, avevano osservato degli impatti negativi sul Benessere; evidenziando le conseguenze dell'applicazione di questa metodologia sulle persone, ne avevano individuato i limiti e la sostenibilità. Avevano quindi proposto, antitetivamente a quello classico, un loro modello di Coaching che preservasse maggiormente la persona, bilanciando meglio Performance e Benessere. Sulla base di queste distinzioni, una successiva analisi delle varie metodologie avrebbe permesso di consolidare il campione ed escludere altre tipologie di Coaching più tradizionale. La fase successiva della ricerca ha riguardato il confronto tra i vari modelli e le loro prerogative comuni. La ricerca di tratti coincidenti è stata condotta per dare un profilo alle ragioni specifiche di questo movimento “reattivo” ed eventualmente individuare anche dei modelli di ispirazione antecedenti. Qualora le indicazioni fossero univoche e significative, si sarebbe passati ad una fase successiva di ricerca di secondo livello mediante parole chiave.

SECONDO LIVELLO DI RICERCA

Analisi della natura dello spostamento “Reattivo”

Nel secondo livello di ricerca si sono utilizzate le parole chiave emerse dalla prima fase di analisi, per restringere la ricerca ad una bibliografia de-

dicata al tema specifico, se esistente. Le parole chiave emerse dalla prima fase sono state “Valori” “Etica” “Coaching”. Visto il rischio di ambiguità dei temi, si sarebbero scartati tutti quei risultati che si riferissero ai vari Codici Etici delle Associazioni di Coaching. Si sarebbero individuati solo i contenuti che trattino un modello di implementazione di Coaching che fosse tecnico e che tenesse conto dei Valori e del Benessere. Lo scopo di questo secondo livello era quello di trovare conferma o meno di questo spostamento “reattivo”, definirne le caratteristiche, e proseguire verso un terzo livello che andasse oltre queste metodologie, con l'intento di fondare ancor più in profondità i principi e l'identità originale di un Health Coaching sempre più indipendente.

TERZO LIVELLO DI RICERCA

“La fonte Etica del Benessere Naturale”

L'ultima fase è dedicata alla bibliografia antecedente ai padri fondatori del Coaching Gallwey e Withmore, per verificare l'incrocio dei termini “Filosofia”, “Morale”, “Etica”, “Umanesimo”. Questo ultimo elemento è emerso dalla verifica a posteriori nel secondo livello di ricerca, dove gli autori impegnati in quello che poi si sarebbe definito Life Coaching si rifacevano in qualche modo alla tradizione Umanistica (Maslow) della filosofia sociale.

La prerogativa della ricerca della Fonte Etica dell'Health Coaching avrebbe dovuto essere:

- olistica (visione globale del Benessere)
- sistematica (Benessere in riferimento alla Società)
- appropriata/specifica (riferirsi specificatamente al Benessere)
- coerente (combaciare con i principi dello sviluppo personale nel Coaching)
- completa (descrivere le dinamiche possibili correlate al fenomeno Benessere)
- umanistica (dimostrare l'oggettività di una posizione etica a favore della persona)

Queste prerogative si sono ritenute necessarie per poter prendere l'autore, o gli autori, come unico punto di riferimento necessario ed auto-sufficiente nell'ispirare l'identità, la missione, la visione dell'Health Coaching.

■ RISULTATI

PRIMO LIVELLO DI RICERCA

Un Life Coaching verso il Bisogno

Si sono studiati i metodi utilizzati, le finalità, le specifiche di sviluppo del Benessere per trovare gli elementi di coerenza e sinergia. Sono emersi 4 modelli principali da considerare come fortemente rappresentativi del modello “reattivo” di Coaching, emerso come risposta alle esigenze di Benessere individuale. Tre di questi modelli sono tra i principali protagonisti nello scenario di quello che è stato poi definito Life Coaching:

- Coaching by Values di Simon Dolan
- Evolutionary Coaching di Richard Barrett
- Criteri e Livelli Logici di Robert Dilts

Il quarto modello rappresenta invece una evoluzione esplorativa dal Life Coaching all'Health Coaching riferito a pazienti e caregivers:

- Medical Coaching di Shiri Ben Arzi

Tutti questi modelli mostravano una spiccata attenzione al Benessere individuale e fondavano gran parte del loro metodo sul sistema di Valori dell'individuo.

Il primo modello deriva da una accuratissima e approfondita ricerca di uno psicologo del lavoro canadese, Simon Dolan, sulle correlazioni tra stress sul luogo di lavoro e salute individuale (Dolan, 2007). Sono stati questi studi a correlare il disallineamento tra Valori etici e la scala valori di riferimento per gli executive (Dolan et al., 1992) come indicatore principale delle patologie correlate allo stress sul luogo di lavoro. In particolare gli aspetti conflittuali sui valori rappresentavano la principale causa di questa criticità per la persona all'interno dell'organizzazione. La Visione e la Missione aziendale richiedono una condivisione di valori e comportamenti coerenti a tutti i livelli. Fare una verifica continua top-down e bottom-up di questa condivisione, viene definita “*allineamento valoriale*”. Questo prevede sia la verifica dei valori e le azioni correlate in essere, sia la creazione di nuovi valori ed azioni condivise, che cambiano la cultura aziendale. Un appropriato “*allineamento valoriale*” rappresenta lo strumento essenziale per facilitare un processo di Benessere ed un Futuro ricco di soddisfazioni (Dolan et al., 2020). Da questo studio accademico rigorosissimo e molto produttivo,

Simon Dolan, partendo dallo studio sulla persona, ha generato un modello di facilitazione, Coaching by Values, che prevede, attraverso un setting di Valori prescelti e validati, il corretto riallineamento personale dei Valori condivisi, teso a generare efficienza e Benessere personale, nel bilanciamento manageriale tra sviluppo e controllo (Dolan et al. , 2006). Successivamente lo ha implementato con modelli di allineamento che contribuirono a garantire anche il Benessere Organizzativo.

Se Dolan è partito dall'individuo, il secondo protagonista, Richard Barrett, è partito con l'analizzare l'organizzazione e le sue dinamiche. Egli traccia le linee fondamentali di una trasformazione aziendale basata sui Valori (Barrett, 1998), che egli stesso codificherà anni dopo in un modello standardizzato da applicare in azienda (Barrett, 2006). Il tema è la salute dell'Organizzazione, ma l'intento è accogliere le persone ed il loro disagio. Se Dolan ha affrontato il tema Benessere organizzativo dal basso, dalla persona, il punto di vista di Barrett è dal vertice dell'organizzazione. Il primo osserva il particolare, l'individuo, il secondo prende in carico l'intero, la complessità. E conia un termine specifico per il malessere organizzativo: la chiama "entropia culturale".

Individua, correlata a questa, dei Valori "tossici", che all'interno dell'azienda producono conflitto, disagio e scarsa efficienza. Il merito di Barrett non è solo questo. Egli recupera il pensiero umanistico di Maslow facendo riferimento al concetto della famosa Piramide dei Bisogni (Maslow, 1968). Applica l'idea del modello ai Valori ampliando la parte dedicata alla autorealizzazione. In questo si muove anche verso l'individuo ed il suo Benessere e propone un nuovo modello di Evolutionary Coaching (Barrett, 2014). Anche il terzo autore, Robert

Dilts, costruisce una piramide a livelli. Lo fa in modo diverso da Barrett, seguendo le intuizioni di Bateson sull'apprendimento, in quanto esponente della scuola di Programmazione Neuro Linguistica (PNL). Il suo approccio al tema del Benessere individuale è neuro scientifico e fenomenologico. Su questa base, costruisce il modello della piramide dei Livelli Logici (Dilts, 1990), per stabilire a quale

livello di pensiero logico l'individuo stia elaborando il proprio pensiero nelle varie situazioni. E qui ritroviamo, su uno dei livelli più alti, proprio i Valori e le Convinzioni. In PNL i Valori o Criteri vengono correlati al concetto di priorità/gerarchia. Ogni individuo effettua le proprie scelte in funzione dei propri Valori/Criteri. Affianca questo modello alla pratica del Coaching successivamente (Dilts, 2003).

Un altro punto importante da sottolineare in PNL è il concetto di "ecologia". Le scelte prevedono obiettivi. Per verificare se gli obiettivi siano davvero sostenibili e salutari per la felicità della persona, si effettua quello che si chiama il "check ecologico", proprio per garantirne il Benessere . Per poter garantire tutto ciò alla persona, occorre riferirsi sia ai sistemi di Criteri/Valori, che al check ecologico (Dilts et al, 1998). Il crescente bisogno di Benessere, tipico dell'individuo e di quello che viene denominato Life Coaching (Coaching dedicato alla felicità individuale), diventa bisogno di Salute nel momento in cui ci confrontiamo con la malattia. Tra i protagonisti di questo mondo del Coaching applicato alla Sanità emerge il modello del Medical Coaching Institute di Shiri Ben Arzi. Partendo dalle basi tecniche del Coaching individuale, dal Life



Coaching e dalla PNL, il Medical Coaching Institute porta ancora oltre il tema umano ed umanistico verso la parte più interiore e valoriale della persona: il suo scopo di vita, la sua completezza, la sua unicità e indipendenza dallo stato di malattia. Con il Medical Coaching si osserva la persona, passando oltre l'esperienza della sua condizione e mantenendo il contatto con la parte

più pura dell'individuo. Il senso dello scopo personale, i Valori individuali, qui diventano Mito e Visione. È la sfida più estrema del concetto umanistico di Coaching: l'accompagnare la persona nei suoi momenti più difficili e drammatici, aiutandola a prendersi cura di sé. Il paziente collabora con il caregiver nel conseguire la guarigione fisica e interiore. Il caregiver viene accolto dal Coach che lo supporta nel prendersi cura di sé stesso, dei propri Valori, del proprio ruolo di guaritore.

SECONDO LIVELLO DI RICERCA

Lo spostamento sui Bisogni

Nel selezionare questi modelli, si è individuato l'elemento "Valori" come tratto comune. Questo ha permesso di consolidare il campione ed escludere altri tipi di approccio. In questo modo si ha avuto la conferma di aver selezionato i modelli più significativi tra quelli volti allo spostamento "reattivo" dalla Performance verso il Benessere individuale.

Considerato che essendo emerso un sostanziale allineamento di tutti i movimenti di Life Coaching "reattivo" sul tema Valori, si è ampliato lo spazio di ricerca all'ambito che contiene i Valori e ne fa derivare Norme e Principi fondamentali: rispettivamente la Morale e soprattutto l'Etica. Si è effettuata una ricerca di opere dedicate al Coaching che specificatamente si dedicassero al binomio Etica - Coaching.

Si sono scartati tutti i risultati dedicati ai comportamenti Etici e Deontologici collegati all'attività del Coach. Questi tipi di approccio andavano esclusi perché confondenti e collegati all'aspetto tecnico della garanzia della qualità del percorso di Facilitazione, quale garanzia per il cliente. Si sono prescelte, invece, solo quelle pubblicazioni che affrontavano il tema Etico come strumento collegato al Coaching, cioè come parte operativa delle tecniche di supporto nella modalità di Empowerment. Questo aspetto doveva corrispondere esattamente all'approccio utilizzato dai Master Coach analizzati nella prima fase, o almeno esservi correlato in qualche modo.

La ricerca di secondo livello ha confermato le ipotesi e grazie ad una pubblicazione di Iordanou et al. (Values & Ethics in Coaching, 2017), si è avuto la conferma dell'osservazione empirica effettuata sui modelli sui Valori della prima fase. Nell'osservazione iniziale, quella che aveva ispirato la ricerca, si aveva avuto la percezione di un qualche "spostamento reattivo" delle tecniche di Coaching verso una evoluzione a favore del Benessere. La nostra osservazione è stata confermata e bibliografata proprio da questa pubblicazione. Iordanou et al. descrivono lo "shift" (spostamento) dal Performance Coaching al Life Coaching. La spinta adattiva delle emergenti esigenze del sistema sanitario UK in evoluzione ha prodotto un pensiero innovativo dove dal "doing to" si auspicava un "doing with", con un maggiore coinvolgimento collaborativo di caregivers e pazienti. Questo nuovo modello ha prodotto via



via una trasformazione spontanea di un Coaching formale ed informale avvicinandolo sempre più alla persona. Per dirla con le tre autrici, un percorso verso un Coaching “più Etico”.

Le varie tappe di questa trasformazione etica sono state accompagnate da una maggiore attenzione verso i bisogni.

Prendendo in considerazione i modelli apertamente dichiarati come ispiratori di alcuni dei modelli “reattivi”, in particolare si può considerare un riferimento per l’area dell’autorealizzazione dell’essere umano attraverso i suoi bisogni. In questo può essere considerato protagonista all’interno di quello che viene definito Life Coaching, dedicato specificatamente alla autorealizzazione dei bisogni individuali. D’altra parte, in Maslow sembra mancare tra la bibliografia una rigorosa analisi di carattere Etico filosofico che possa descrivere in modo completo e soddisfacente le dinamiche del Benessere correlato ai Valori ed il suo rapporto con le pressioni sociali. La sua produzione saggistica, sebbene centrata sull’umanesimo ed essendo interessato all’individuo, si sviluppa nell’ambito della Motivazione individuale.

Indicativo il fatto che sia l’autore della Piramide dei Bisogni e del concetto di Esperienza di Picco (lo stato euforico emergente nel momento esaltante della autorealizzazione).

Da sole, queste due intuizioni, fanno uno dei punti di riferimento della Psicologia Umanistica e del Life Coaching in particolare (dedicato, per l’appunto, principalmente alla autorealizzazione).

to descritto da Iordanou et al. era confermato. Mano a mano che andavamo indietro nel tempo, gli stili di Coaching erano sempre più orientati alla Performance, con un picco evolutivo intermedio fortemente aziendale negli anni 90, fino a giungere ai primordi, alla pura prestazione fisica: quella sportiva.



TERZO LIVELLO DI RICERCA

La fonte etica del Benessere Naturale

Perso Maslow sul percorso del movimento “reattivo” del Coaching, eravamo al punto di partenza: non avevamo ancora trovato il pezzo mancante. A questo punto si è andati a ritroso nel tempo, passando in rassegna tutti i principali autori del Coaching, se ne è ricostruito una specie di “albero genealogico”, fino ai primissimi autori (Gallwey e Whitmore). Una volta avuto il quadro completo, sembrava più chiaro il percorso evolutivo descritto come “Etico” ed effettivamente abbiamo riscontrato, pubblicazioni alla mano, che quan-

La ricerca è proseguita con le parole chiave indicate nei materiali e metodi al periodo antecedente, cercando specificatamente nel movimento di Psicologia Umanistica (la terza via) ispirato da Maslow, e che annoverava al suo interno profili come il padre dell’ascolto attivo, Rogers, Eric Berne, creatore dell’Analisi Transazionale, o il nostro Roberto Assagioli e la sua Psicosintesi. Alla fine dalla ricerca è emersa una pubblicazione di Filosofia Sociale, “Dalla parte dell’Uomo”, di Erich Fromm, dove Etica e Morale vengono affrontati in modo rigoroso e sistematico dal punto di vista dell’impatto esistenziale, filosofico e sociale e che soddisfa tutti i criteri indicati (olistica, sistematica, specifica/appropriata, coeren-

te, completa, umanistica). L'analisi di Fromm è lucida e spietata. Anticipa con sorprendente precisione le distorsioni attuali della società digitale. Secondo Fromm *“L'individuo normale possiede in sé stesso la tendenza a svilupparsi, a crescere, ad essere produttivo”*, anticipando Maslow. Sostiene che *“i giudizi di valore che compiamo determinano le nostre azioni”*, anticipando Dolan e Dilts. E soprattutto *“violare le norme dirette nella direzione della vita in qualsiasi essere umano ha ripercussioni su noi stessi. Quindi la nostra stessa crescita, felicità ed energia si fondano sul rispetto di tali forze e sono condizioni di vita e Salute”*.

In definitiva l'uomo tende a sviluppare un Benessere Naturale, in linea con i principi enunciati da Aristotele nell'Etica Nicomachea.

Ciò che rende Fromm il riferimento per l'Health Coaching è che descrive esattamente la polarità tra individuo e società come una tensione dinamica tra due forze: la performance richiesta dal sistema sociale all'individuo, e la tendenza della persona al proprio Benessere, in chiave Etica. Inoltre, *“l'uomo non può vivere senza valori e senza norme, tale relativismo lo rende facile preda dei sistemi irrazionali di valori... La grande tradizione del pensiero etico umanistico ha gettato le basi del sistema di valori fondato sull'autonomia e la ragione umana”*.

Per Fromm, *l'Etica è scienza applicata all'Arte di Vivere*. Nel capitolo dedicato all'argomento, descrive le varie tipologie di Etica interagenti tra loro: l'Etica soggettiva ed oggettiva, l'etica autoritaria. Poi affronta i problemi dell'Etica Umanistica definendo i criteri di valore e descrivendo i temi specifici dei mezzi e dei fini. Passa in rassegna i poteri morali dell'uomo (*“il nostro problema morale è l'indifferenza dell'uomo rispetto a sé stesso”*) e conclude con un confronto tra etica assoluta e relativa.

Propugna in definitiva che *“l'uomo sia l'unica finalità e l'unico scopo, e non soltanto un mezzo, per chiunque e qualsiasi cosa, eccetto sé stesso”*.

Il pensiero di Fromm si completa in altre pubblicazioni quali *Fuga dalla Libertà* e *L'arte di Amare*, mentre la trattazione delle dinamiche tra pressione sociale, istinto naturale dell'uomo e principi Etici, che sta alla base di tutto il movimento di Coaching “reattivo” e che si sposta verso l'area dell'Health Coaching, è contenuto nel testo citato. Solo conoscendo profondamente e in modo chiaro queste interazioni è possibile per un Health Coach facilitare al meglio il Benessere della persona, considerato che questo è esattamente il risultato finale di una ottimale gestione di queste forze morali ed etiche. Il disequilibrio dei principi morali, ovvero il distress morale, e dei comportamenti, espone al rischio di perdere la propria Salute. La piena consapevolezza razionale e tecnica di questo bilanciamento etico è fondamentale per armonizzare le tecniche di facilitazione con il caregiver o l'individuo, in modo da potenziare gli effetti dell'intervento dell'Health Coach nel generare Benessere. A maggior ragione queste dinamiche sono importanti per il Benessere Organizzativo, anche all'interno del Team di Cura.

Ad una rilettura analitica ed attenta delle opere di Erich Fromm dedicate all'argomento, emergono altre impressionanti anticipazioni di tecniche utilizzate correntemente nell'Health Coaching. Definizione di convinzioni limitanti legate alla zona di confort, tecniche di mindfulness, riferimenti allo scambio in abbondanza, allo stato di

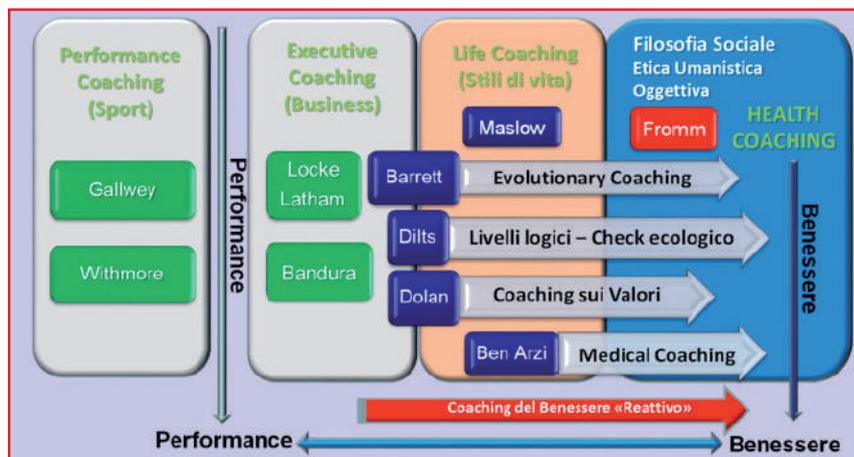


IMMAGINE 2

Tabella riepilogativa di un possibile posizionamento dei vari autori in corrispondenza dei vari stili di Coaching. Erich Fromm appare il protagonista dei temi etici umanistici legati all'Health Coaching.

flusso, alla visione in terza persona, persino l'anticipazione dello spostamento positivo ripreso successivamente in Analisi Transazionale.

Non solo troviamo riferimenti sistematici che aiutano ad armonizzare l'intervento di Coaching, ma anche dei riferimenti specifici e pratici agli strumenti correlati ad uno sviluppo sano della persona: progetto su mappa e cassetta degli attrezzi.

In base a tutte queste evidenze, Erich Fromm sembra rappresentare quel pezzo mancante dell'identità dell'Health Coaching. Può diventare a buon titolo il personaggio di riferimento per la metodologia di etica umanistica necessaria per armonizzare al contesto specifico le pratiche di facilitazione a favore del Benessere.

■ CONCLUSIONI

Il primo valore aggiunto di questa ricerca è il fornire una visione complessiva delle tecniche di Coaching, nel rispetto e nell'utilità specifica di ciascuna di esse, completando lo schema proposto da Iordanou et al. Alla visione dello spostamento etico vengono aggiunti degli elementi di merito non affrontati ed una chiave di lettura più ontologica ed umanistica della ricostruzione.

Appare sempre più chiaro che in base alle attuali esigenze sociali, nel mondo del Coaching il concetto "one size fit all" non può dare tutte le risposte.

Questo depone a favore della formazione continua del Coach e della sua sempre maggiore specializzazione in campi di intervento che cominciano ad essere ben definiti per le loro caratteristiche, nell'interesse del cliente finale. Sarà importante che il fervore crescente ed il sempre maggior numero di operatori della facilitazione vengano canalizzati con appropriatezza. Saranno sempre più rilevanti percorsi formativi ed identità professionali di Coaching esattamente corrispondenti al relativo campo di applicazione, salvo ibridare le tecniche ove la situazione lo renda necessario. Conoscenza, competenza e flessibilità saranno fondamentali.

Dal punto di vista dell'identità dell'Health Coaching, questa revisione metodologica dello spirito del Coaching, offre una chiave di lettura attraverso i Valori e l'Etica. Finalmente rappresenta un passo in avanti significativo nella possibilità di essere uno strumento armonico ed efficace nel sostenere individui e caregivers nelle situazioni critiche di distress morale, burnout ed stress da compassione. Questo completamento consentirà anche di supportare meglio medici e psicologi, laddove questi lo richiederanno, in una azione complementare di facilitazione delle cure dei loro pazienti. Relativamente all'identità dell'Health Coaching, il trovare nella filosofia sociale un rationale originale e correlato alla Mission offre la risposta alla domanda di appartenenza di tutti gli Operatori del Benessere. Tutto ciò renderà l'ampliamento dello spazio dedicato al Benessere del paziente, dei caregivers e delle Organizzazioni più consapevole e potente. D'altra parte, per quanto riguarda specificatamente tutte le tecniche che prevedono l'utilizzo dei Valori nella Facilitazione, quindi su base Etica, queste beneficeranno di un riferimento concettuale ancor più forte e radicato, ed è prevedibile che questo fatto apra nuove strade di applicazione.



Come addendum imprevisto della ricerca, sembra emergere con Maslow il padre putativo della motivazione alla base della Mission del Life Coaching, che è comunque un'area di azione limitrofa all'Health Coaching, condividendo con lui le profonde radici umanistiche.

Dal punto di vista del supporto al caregiver, le pubblicazioni principali di Erich Fromm costituiscono una illuminante chiave di lettura a disposizione dell'operatore del Benessere. Inoltre viene sviluppato in modo ancora più netto una identità moderna dell'Health Coach. Alcune intuizioni di Fromm anticipano di molti anni le dinamiche socio-sanitarie nelle quali ci troviamo ad operare. Definiscono anche come l'etica umanistica oggettiva (leggi il Coaching) possa guidare l'individuo verso la crescita delle proprie potenzialità. In più, riporta al centro dell'attenzione l'Arte di Vivere (Fromm, 1978), come concetto centrale dell'individuo in generale e del caregiver in particolare, difendendosi nel contesto sociale e generando in modo autonomo il proprio Benessere.

Entrando nello specifico del distress morale, appare evidente come ci sia una forte analogia tra lo scenario attuale all'interno dell'organizzazione sanitaria, con i vertici focalizzati sugli obiettivi, in contrapposizione ai caregivers sulla assistenza sempre più coinvolgente e impattante sul lato umano, e la descrizione delle dinamiche etico sociali di Fromm tra società ed individuo, In particolare, per quanto riguarda il superamento della condizione di "solitudine morale" (Fromm, 1987). Questo modello e le sue considerazioni pratiche consentiranno di effettuare una operazione di trasformazione culturale tesa al Benessere Organizzativo dove veramente si passi dal "doing to" al "doing with" (Iordanou et al, 2017). Nel rapporto Coach-caregiver il tipo di domande da porsi potranno essere più specifiche e mirate ad esplorare il mondo morale ed etico del contesto e della persona, per consentire una maggiore consapevolezza e capacità di gestione dei dilemmi etici. Un Coaching tecnicamente più etico non solo potrà generare maggior Benessere, ma anche e soprattutto potrà facilitare un ambiente di lavoro più bilanciato dal punto di vista delle norme morali. Si potrà agire a tutti e tre i livelli considerati da AACN come critici per la prevenzione di distress morale, burnout e stress da compassione.

■ POSSIBILI APPLICAZIONI

Che il contesto sociale ed emozionale abbia una forte prevalenza sul comportamento morale del singolo è ormai cosa nota (Valdesolo et al., 2006 e 2007) Per questo motivo è importante disporre di modelli etici che garantiscano l'integrità del caregiver sottoposto a pressioni dall'esterno, come accade nel distress morale e nel burn out per garantire un comportamento allineato con la propria reale intenzione (Borg et al, 2006).

Un esempio pratico di tale applicazione sarà l'utilizzo del modello 4 As (Ask Affirm Assess Act) di ACCN (Rushton, 2006), dove il caregiver, nel riferirsi al suo contesto, potrà essere facilitato da un Health Coach con impostazione Etica Umanistica in modo compiuto e competente, grazie al modello di riferimento di Fromm.

Un altro importante ambito rilevante per la prevenzione di moral distress, burnout e stress da compassione è senz'altro la formazione infermieristica (Taylor, 2022), dove i contenuti di Etica Umanistica Oggettiva potranno dare il loro rilevante contributo metodologico.

Infine in quelli che sono definiti "morally open space" (Austin, 2005) dedicati ai caregivers per prevenire la sofferenza morale, considerata la necessità di promuovere un clima etico (Lovato S., 2015), il modello di Fromm potrà ispirarne in modo appropriato i principi fondamentali.

■ BIBLIOGRAFIA

- I. AACN (Rev. 07/20) - Recognizing addressing moral distress quick reference guide. <https://www.coursehero.com/file/149568345/SU21Recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guidepdf/>
- II. AACN(2006)-https://www.emergingrnleader.com/wp-content/uploads/2012/06/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf
- III. Aristotele – Etica Nicomachea (1099a 10, 15) <http://www.ousia.it/content/Sezioni/Testi/AristoteleEticaNicomachea.pdf>
- IV. Austin W, Lemermeyer G, Goldberg L, Bergum V, Johnson MS. Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. HEC Forum. 2005;17(1):33- 48

- V. Barrett R. (1998) *Liberating the corporate soul: building a visionary organization*, Butterworth-Heinemann
- VI. Barrett R. (2006) *Building a Value Driven Organization*, Routledge
- VII. Barrett R. (2014) *Evolutionary coaching*, Lulu Pub. Serv.
- VIII. Borg J.S., Hynes C., Van Horn J., Grafton S., Sinnott-Armstrong W. (2006) *Consequences, Action, and Intention as Factors in Moral Judgments: An fMRI Investigation*, *Journal of Cognitive Science*, 18(5):803-17
- IX. Coulter A. (2012) *Leadership for patient and public engagement*. London: King's Fund
- X. Coulter A., Roberts S. e Dixon A. (2013) *Delivering better service for people with long term conditions: building the house of care*. London: King's Fund
- XI. Dilts R. (1990) *Changing beliefs system with NLP* – Middle English Ed.
- XII. Dilts R., Hallborn T., Smith S. (1998) – *Convinzioni* - Astrolabio
- XIII. Dilts R. (2003) *From Coach to awakener*, Meta publications
- XIV. Dolan S.L., Renaud S. (1992) *Individual, organizational and social determinants of managerial burnout* - *Journal of Social Behaviour and Personality*; Corte Madera, CA vol. 7 Iss.1
- XV. Dolan S.L., Garcia S., Richley B. (2006) *Managing by values*, Palgrave MacMillan
- XVI. Dolan S. (2007) "The Role of Personality and Social Support in the Etiology of Workers' Stress and Psychological Strain", *Industrial Relations (Canada)*, 47(1)
- XVII. Dolan S.L., Valeri P., Mele M. (2020) *Leadership management e coaching dei valori*, Gestion MDS Inc.
- XVIII. Fromm E. (1971) *Dalla parte dell'uomo*. Astrolabio
- XIX. Fromm E. (1978) *L'Arte di Amare, Il saggiatore*
- XX. Fromm E. (1987) *Fuga dalla Libertà*, Mondadori
- XXI. Gazzaniga M., Ivry R.B., Mangun G.R. (2021) *Neuroscienze Cognitive* 292-293
- XXII. Iordanou I., Hawley R., Iordanou C. (2017) *Values and Ethics in Coaching* – SAGE Pub. Ltd.
- XXIII. James W. (1890) – *The principles of psychology*, Henry Holt and C.
- XXIV. Lovato S, Cunico L (2015) *Moral Distress in nursing practice. Doing or not doing the right thing*. Literature review, *Scenario* 32(4) 5-16
- XXV. Maslow A. H. (1968) *Towards a psychology of being*, Litton Educational Publishing ltd.
- XXVI. Medical Coaching Institute - <https://landing.mci-il.com/>
- XXVII. Pelham G. (2016) *The coaching relationship in practice*
- XXVIII. Rowling E. (2012) *Leadership and engagement for improvement in the NHS: together we can*. London: King's Fund
- Rushton C. (2006) *Defining and Addressing Moral Distress: Tools for Critical Care Nursing Leaders AACN Advanced Critical Care* 17 (2): 161–168
- XXIX. Schutler J, Winch S., Holzhauser K., Henderson A., *Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review*. *Nurs Ethics*. 2008
- XXX. Taylor S., (2022) "Identifying Moral Distress in Emergency Nurses" (2022). *Doctor of Nursing Practice Projects: College of Nursing*. 8. https://digitalcommons.unmc.edu/con_dnp/8
- XXXI. Valdesolo P., De Steno D., (2007) *Moral hypocrisy: social groups and the flexibility of virtue* - *Psychological Science*, 18(8):689-90
- XXXII. Valdesolo P., De Steno D., (2006). *Manipulations of Emotional Context Shape Moral Judgment*. *Psychological Science*, 17(6), 476–477.

GIULIANA MASERA

Infermiera e Filosofa perfezionata in Bioetica

Giuliana.masera@univr.it

EMPATIA E CURA: VERSO UN NUOVO SENTIRE, VERSO ORIZZONTI DI POSSIBILITÀ



ABSTRACT

Viviamo in una società in cui siamo sempre più connessi ma, allo stesso tempo, sempre più disconnessi.

Ci disconnettiamo dalle relazioni umane profonde, dall'ascolto, dalla comprensione del mondo interiore di chi ci circonda, ci disconnettiamo dalla compassione verso la sofferenza altrui. Per utilizzare le parole del sociologo tedesco Zigmund Bauman (2008):

La comunità resta pervicacemente assente, ci sfugge di mano o continua a disintegrarsi perché siamo sospinti a realizzare il nostro sogno di una vita sicura che nei fatti tale non diviene; da ciò la nostra insicurezza.

Ciascuno di noi consuma la propria vita da solo, vivendola come un problema individuale, il risultato di fallimenti personali e un sfida alle doti e capacità individuali.

Le domande diventano allora: è possibile sviluppare capacità empatiche in questo tipo di società e di cultura e quali strumenti abbiamo a disposizione per crescere in empatia?

Il termine empatia è oggi spesso banalizzato nel concetto: "mettersi nei panni degli altri", precludendo così una riflessione approfondita in merito a ciò che l'empatia suscita.

Passando attraverso il pensiero di autorevoli filosofi partendo da Edith Stein per quanto riguarda il tema dell'empatia a Jack Mezirow e Donald Schon studiosi di processi formativi legati all'apprendimento sino a Jurgen Habermas e alla sua teoria sull'agire comunicativo si cercherà di comprendere come lo sviluppo di abilità riflessive ovvero imparare a riflettere su ciò che si fa, su come si sta facendo e su come si potrebbe migliorare, costituisce la base su cui costruire qualsiasi tipo di abilità; in particolare pone le basi per la costruzione di relazioni dove l'empatia possa costituire l'incontro fra chi cura e chi è curato.

PAROLE CHIAVE

Empatia, riflessione, apprendimento strumentale, apprendimento comunicativo.

ABSTRACT

We live in a society where we are increasingly connected but, at the same time, increasingly disconnected. We disconnect from deep human relationships, from listening, from understanding the inner world of those around us, we disconnect from compassion towards the suffering of others.

To use the words of the German sociologist Zigmund Bauman (2008): The community remains stubbornly absent, it gets out of hand or continues to disintegrate because we are driven to realize our dream of a safe life which in fact does not become so; hence our insecurity. Each of us consumes his life alone, experiencing it as an individual problem, the result of personal failures and a challenge to individual gifts and abilities. The questions then become: is it possible to develop empathic skills in this type of society and culture and what tools do we have at our disposal to grow in empathy? The term

empathy is today often trivialized in the concept: "putting yourself in the shoes of others" and thus precluding an in-depth reflection on what empathy arouses.

Passing through the thought of authoritative philosophers starting from Edith Stein as regards the theme of empathy to Jack Mezirow and Donald Schon scholars of training processes linked to learning up to Jurgen Habermas and his theory on communicative action, we will try to understand how the development of reflective skills or learning to reflect on what you do, how you are doing and how you could improve, is the basis on which to build any type of skill; in particular, it lays the foundations for building relationships where empathy can constitute the encounter between those who care and those who are cared for.

KEY WORDS

Empathy, reflection, instrumental learning, communicative learning.

■ Viviamo in una società in cui siamo sempre più connessi ma, allo stesso tempo, sempre più disconnessi.

Ci disconnettiamo dalle relazioni umane profonde, ci disconnettiamo dall'ascolto, ci disconnettiamo dalla comprensione del mondo interiore di chi ci circonda, ci disconnettiamo dalla compassione verso la sofferenza altrui ma nel contempo abbiamo sempre maggior desiderio di essere accolti, compresi, rispettati e riconosciuti dalle persone per noi significative, ma anche dalle comunità in cui viviamo.

Per utilizzare le parole del sociologo tedesco Zigmund Bauman (2008): *La comunità ci manca perché ci manca la sicu-*

rezza, elemento fondamentale per una vita felice, ma che il mondo di oggi è sempre meno in grado di offrirci e sempre più riluttante a promettere. La comunità resta pervicacemente assente, ci sfugge costantemente di mano o continua a disintegrarsi perché la direzione in cui questo mondo ci sospinge nel tentativo di realizzare il nostro sogno di una vita sicura non ci avvicina affatto a tale meta; anziché mitigarsi, la nostra insicurezza aumenta di giorno in giorno e così continuiamo a sognare, a tentare e a fallire.

In questo tipo di società la condizione più frequente che pervade le nostre esistenze è quella dell'insicurezza consumata

nelle solitudini delle proprie fragilità. Sempre Bauman nello stesso testo; *L'insicurezza attanaglia tutti noi, immersi come siamo in un impalpabile e imprevedibile mondo fatto di liberalizzazione, flessibilità, competitività ed endemica incertezza ma ciascuno di noi consuma la propria vita da solo, vivendola come un problema individuale, il risultato di fallimenti personali e un sfida alle doti e capacità individuali.*

Le domande diventano allora: è possibile sviluppare capacità empatiche in questo tipo di società e di cultura e quali strumenti abbiamo a disposizione per crescere in empatia?

Il termine empatia è oggi spesso utilizzato con facilità rischian-

do una banalizzazione nell'affermazione troppo generica e semplicistica: "mettersi nei panni degli altri" e precludendo così una riflessione approfondita in merito a ciò che l'empatia suscita in chi la esercita e in chi la riceve.

Edith Stein filosofa fenomenologa tedesca nel suo saggio sull'empatia evidenzia alcuni presupposti relativi all'empatia: *Alla base di ogni discussione sull'empatia vi è un presupposto sottinteso: ci vengono dati dei Soggetti estranei e la loro esperienza vissuta* (Stein, 1965).

Empatia significa letteralmente per la Stein "sentire dentro", una capacità che fa parte dell'esperienza umana generale ed indica una comprensione profonda dei sentimenti e delle cognizioni dell'altro, una via che apre primariamente alla conoscenza, alla vicinanza e al render-ci conto dell'esperienza altrui. Si tratta di un forte legame interpersonale che, se utilizzato nell'ambito delle relazioni d'aiuto costituisce un potente mezzo di cambiamento che rende la relazione un momento di **crescita dell'individuo**.

L'empatia è tutt'altro che un concetto unitario: **al contrario è una capacità che possiede aspetti affettivi, cognitivi e livelli di profondità differenziati, che variano in relazione ad alcune variabili soggettive quali l'età, il sesso, le caratteristiche di personalità** (Fortuna, Tiberio, 2001).

Ogni relazione umana contiene una componente di scambio emozionale il cui riconoscimento e la cui comprensione

getta le basi per lo sviluppo di un dialogo fiducioso e collaborativo. L'empatia facilita la percezione e la comprensione della personalità dell'interlocutore il quale sente che le caratteristiche uniche e irripetibili del suo modo di essere vengono recepite e quindi valorizzate favorendo la comprensione dei valori affettivi che spesso regolano i comportamenti individuali e collettivi, dell'agio o del disagio delle persone con le quali interagiamo, delle possibili alternative alle situazioni che viviamo. Come affinare questa capacità? **Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni, sentimenti e convinzioni, senza pregiudizi, costituisce il primo momento per sviluppare atteggiamenti empatici.**

A proposito di questo, così afferma lo psichiatra italiano Eugenio Borgna (2001): *Scendiamo su di noi, negli abissi ghiacciati della nostra interiorità e della nostra soggettività, e scrutiamone risonanze e increspature, ombre e chiaroscuri: con timore e tremore; e allora ci è possibile intravedere cosa si nasconde, e cosa risplenda,*

negli sguardi e nei volti: quale angoscia e quale tristezza, quale sofferenza e quale inquietudine, quale gioia e quale speranza, quale tenerezza e quale nostalgia.

■ La capacità riflessiva prerequisito all'empatia.

La capacità riflessiva sempre meno sviluppata ed esercitata in una società fast, può costituire un prerequisito importante a tale scopo e le implicazioni del processo riflessivo sull'apprendimento e sull'azione rappresentano un punto fondamentale per quanto riguarda l'acquisizione di competenze esistenziali prime fra tutte **l'empatia**. Jack Mezirow (2003) studioso di Educazione degli adulti, afferma che c'è stato **un incredibile disinteresse per la funzione della riflessione che, se opportunamente affrontata, permetterebbe una vera e propria illuminazione utile a reinterpretare la verifica della validità di ciò che si è appreso.**



Quasi sempre il termine riflessione viene fatto corrispondere ad una azione meditata, che non esamina l'apprendimento pregresso ma si utilizza per formulare un giudizio, generalizzare o spiegare qualcosa. La riflessione invece è secondo Mezirow un processo con cui si valutano criticamente il contenuto, il processo o le premesse dei nostri sforzi finalizzati a interpretare un'esperienza e a darvi significato.

Questo presuppone consapevolezza da parte nostra del perché percepiamo, pensiamo, sentiamo e agiamo in quel modo, e delle ragioni e delle conseguenze di eventuali giudizi affrettati che ci inducono in modo implicito, in assenza di riflessione, a comportamenti ripetitivi.

Il saggio di Donald Schon (1993) *Il professionista riflessivo*, costituisce un testo importante per definire meglio il pensiero riflessivo. Soffermandosi in particolare sulla formazione professionale, l'autore sostiene che nella crisi delle professioni la competenza tecnico-scientifica non è più sufficiente a governare la complessità, occorre recuperare la dimensione della riflessività. La complessità ci mette a contatto con le incertezze, con il dubbio, con il rischio, con i conflitti di valore che possono essere affrontati soltanto se dilemmi, conseguenti a questa complessificazione, vengono lasciati emergere per farne oggetto appunto di riflessione. Schon raccomanda che la riflessione venga attivata durante l'azione perché solo questo atteggiamento di apertura permette ai dubbi, che altrimenti resterebbero celati, di essere

portati in superficie. La formazione professionale di tipo solo tecnico-razionale risulta inadeguata ad affrontare le difficoltà e gli imprevisti.

Il significato che noi diamo a ciò che apprendiamo è un'interpretazione dell'esperienza e ciò che cerchiamo di fare è darvi coerenza attraverso anche l'interazione e la comunicazione con gli altri. Il problema appare quando il nuovo apprendimento richiede la formulazione di nuovi schemi, ovvero quando nuovi scenari, per esempio legati alla cura, interpellano i professionisti della cura non solo sul versante tecnico ma anche emotivo, culturale, etico. In questo caso occorre attivare una capacità riflessiva intenzionale, aperta al cambiamento, non timorosa del senso di smarrimento che potrebbe cogliere chi si avventura su di un terreno nuovo.

Anche Jurgen Habermas, (2017) filosofo tedesco, nei suoi studi sull'agire comunicativo si occupa di definire l'apprendimento e lo descrive secondo due categorie: un apprendimento strumentale e un apprendimento comunicativo.

Il primo tipo di apprendimento, quello strumentale, si rivolge in particolare all'individuazione delle relazioni causa-effetto e alla strategia del problem-solving orientata al compito.

L'apprendimento comunicativo ha invece una finalità diversa e **consiste nell'imparare a capire cosa vogliono dire gli altri e nell'imparare a farci capire quando cerchiamo di mettere in comune le nostre idee attraverso il discorso, la parola scritta, l'arte. Questo secondo tipo**

di apprendimento chiama in causa la comprensione, la descrizione e la spiegazione delle intenzioni, dei valori, degli ideali, delle problematiche morali, dei concetti sociali, politici, filosofici, psicologici, educativi, dei sentimenti o delle ragioni. Per tutte quelle Professioni, **dove la relazione costituisce il cuore dell'attività**, prevedere nella formazione competenze di tipo riflessivo, ovvero imparare a riflettere su ciò che si fa, su come si sta facendo e su come si potrebbe migliorare, costituisce la base su cui costruire qualsiasi tipo di abilità; in particolare pone le basi per la costruzione di relazioni dove l'empatia possa costituire il cuore pulsante dell'incontro fra chi cura e chi è curato.

■ BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z., 2008, *Voglia di comunità*, Edizioni Laterza, Bari.
- Stein E., 1965, *Il problema dell'empatia*, tr. it. di E. Costantini, Studium, Roma.
- Fortuna F., Tiberio A., 2001, *Il mondo dell'empatia*, Franco Angeli, Milano, p.11.
- Borgna E., 2001, *L'arcipelago delle emozioni*, Ed. Feltrinelli, Milano, p. 79
- Mezirow J., 2003, *Apprendimento e trasformazione*, Cortina Editore, Milano.
- Schon D., 1993 *Il professionista riflessivo*, Edizioni Dedalo, Bari
- Habermas J., 2017, *Teoria dell'agire comunicativo*, Il Mulino Bologna.

LETIZIA MARIA VOLA

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

PRATICARE L'EMPATIA

ABSTRACT

L'empatia ci aiuta a capire le emozioni e i sentimenti dell'altra persona differente da noi ; ingrediente della relazione, base dell'assistenza infermieristica.

Le filosofe Edith Stein e Laura Boella analizzano, attraverso la revisione della letteratura, i componenti dell'empatia e le fasi dell'atto di empatia.

PAROLE CHIAVE

Empatia, sentimenti, emozioni, relazione di aiuto.

ABSTRACT

Empathy helps us understand the emotions and feelings of the other person different from us, as a ingredient of the relationship, the basis of nursing care.

Philosophers Edith Stein and Laura Boella analyze, through literature review, the components of empathy and the phases of the act of empathy.

KEY WORDS

Empathy, feeling, emotions, help relationship.

■ La professione infermieristica è una professione che fornisce attività di assistenza e supporto alla persona; le azioni di cura sono di tipo preventivo, curativo e riabilitativo.

Gli interventi educativi mirano a sviluppare stili di vita sani e competenze di autocura.

Le azioni pratiche infermieristiche includono gli interventi relazionali di sostegno: stare in ascolto o pronunciare parole che curano.

Questa è la dimensione visibile del prendersi cura (CARING); esiste una parte invisibile del caring che comprende pensieri, valori ed emozioni quali l'empatia e il preoccuparsi, prendersi a cuore la persona assistita.

Nella pratica del caring si ha rispetto dell'altro, della sua vulnerabilità, si ha rispetto del corpo dell'altro e lo si dimostra con una vicinanza partecipe e discreta.

La componente relazionale è fondamentale; essa e aiuta a identificare i bisogni di assistenza e a rispondere in modo adeguato alle esigenze dei pazienti; un *sentire intelligente* (Mortari, 2006)

dell'infermiere si traduce in un ascolto partecipe per comprendere le necessità dell'altra persona, le sue necessità espresse e non, di aiuto e di ascolto.



L'empatia si descrive come un sentire pensoso, una apertura all'altro; non è fusione affettiva o identificazione ma salvaguardia della persona assistita, garantendole per altro di non essere ridotta alla posizione di oggetto della cura infermieristica. (Timby, 2011)

Secondo la filosofa tedesca Edith Stein (1891-1942), che ha studiato a fondo l'argomento, l'empatia è la possibilità e la capacità di cogliere il sentire di chi è diverso da me.

In senso filosofico e psicologico, l'empatia si può identificare come una intuizione e partecipazione emotiva agli stati affettivi altrui (Definizione dell'Enciclopedia della Filosofia e delle Scienze Umane, 1996).

Le attività di cura sono caratterizzate dall'essere accanto, la vicinanza e la giusta distanza per essere a fianco della persona assistita sono fondamentali per realizzare la professione di cura e la relazione di aiuto efficace.

Attraverso i suoi studi, la Stein descrive l'empatia come unico processo conoscitivo in grado di farci cogliere l'intersoggettività.

Quando ci capita di incontrare emozionalmente l'esistenza di un'altra persona si attivano i pensieri, la volontà e si comunica con parole banali, comuni.

Attraverso l'empatia e grazie alla nostra sensibilità possiamo avvertire che un altro o un'altra persona stanno vivendo qualcosa. (Masera, 2007)

Il rendersi conto, secondo la Stein, si avvale dell'osservazione e, con una sequenza simultanea, il dolore dell'altro diventa un evento concreto e immediatamente comprensibile per la seconda persona.

L'atto di empatia rende visibile la struttura relazionale in cui l'altro mi propone un suo vissuto e mi stimola a ridefinire ciò che sto vivendo.

La declinazione di ogni emozione è assolutamente personale e unica; fare esperienza dell'altro, rendersi conto del suo dolore e della sua gioia consente all'essere umano l'esperienza dell'alterità (l'altra, l'altro, il corpo vivente, Dio, la società).

Empatia, secondo la Stein, non è però immedesimarsi con l'altro, nell'empatia non c'è un NOI, ma due che si mantengono distinti e sono protagonisti della relazione empatica.



“Io incontro il dolore direttamente nel luogo in cui è al suo posto, presso l'altro, l'altro che lo prova, magari lo esprime nei tratti del volto o lo comunica in altri modi. Non mi abbandono in lei o in lui, ne proietto e trasferisco le mie qualità... Empatia è acquisizione emotiva della realtà del sentire altrui: si rende così evidente che esiste altro e si rende evidente a me stessa che anch'io sono altra. Empatia è allora amore per la sua struttura, è il vivere in relazione” (Stein, 1986)

Un'altra autrice, Laura Boella, sottolinea nell'introduzione del libro “Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia”, la necessità di non confondere l'empatia con la simpatia o con la compassione e valorizza il suo ruolo nel mondo delle relazioni, in particolare il piacere di assaporare la scoperta dell'esistenza dell'altro, con la sua educazione diversa dalla nostra, i suoi modi di esprimersi e le sue reazioni. L'empatia si definisce come un atto complesso e specifico, alla base delle svariate forme del nostro entrare in relazione con l'altro.



“L’empatia è l’atto attraverso cui ci rendiamo conto che un altro, un’altra, sono soggetto di esperienza come lo siamo noi: vivono sentimenti ed emozioni, compiono atti volitivi e cognitivi. Capire quel che sente, vuole e pensa l’altro è elemento essenziale della convivenza umana nei suoi aspetti sociali, politici e morali. È la prova che la condizione umana è una condizione di pluralità: non l’Uomo, ma uomini e donne abitano la Terra”

Laura Boella ha insegnato Filosofia morale all’Università di Milano e descrive l’incapacità di sentire l’altro come un limite e un problema della società contemporanea, in cui l’esistenza degli altri, l’essere insieme, sono dati di senso comune nella cultura contemporanea. Le persone condividono tempo, spazi, si amano, si perdonano, diventano amici o nemici ma non sempre sono in relazione reale. L’analisi filosofica di Levinas, ripresa da Boella, considera la solitudine dell’uomo, la responsabilità individuale, il vivere l’altro come uno straniero. (Boella, 2006)

L’empatia ci consente di sentire l’altro nelle sue molteplici manifestazioni (amicizia, amore, aiuto, rispetto, riconoscimento, fiducia, cura, compassione) e riattiva una sfera complessiva di esperienza, modulando in maniera sempre diversa il rapporto tra corpo, emozioni, conoscenza e volontà.

“L’esperienza del dolore dell’altro mi mette in contatto con il mondo esterno, ma ne ridisegna fortemente i tratti...Sono colpita, ho sentore, mi accorgo del dolore altrui, ma sto vivendo con piena intensità qualcosa che non mi appartiene, il dolore di un altro...Ciò che sta accadendo può presentare qualche analogia con l’effetto che un’altra, un altro può avere su di me, comunicandomi il suo entusiasmo, la sua tristezza.”

L’empatia mostra che entrare in relazione con l’altro non è una semplice apertura verso il prossimo, ma una serie di passaggi fluidi e poco oggettivabili. L’emozione dell’incontro con l’altro consente una rivelazione della relazione tra me e l’altro, con esperienze di somiglianze e differenze, che stimolano, fanno immaginare e comprendere il bisogno di ristrutturare la propria identità. L’esperienza dell’empatia fa vivere sentimenti che non ci appartengono e favorisce la trasformazione di sé stessi, consapevoli della umana fragilità che ci accomuna.

Laura Boella nell’ultimo capitolo del libro presenta degli esercizi di empatia, attraverso il dono di pensieri e gesti consapevoli di significati profondi, e cerca di rispondere al quesito:

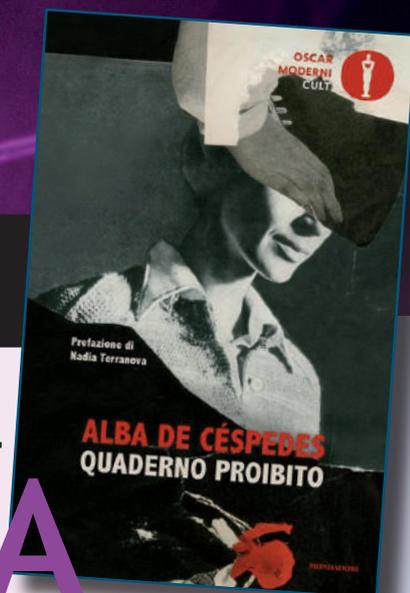
“Si può coltivare il talento empatico?”
(Boella, 2006)

■ BIBLIOGRAFIA

- Timby Barbara, Fondamenti di assistenza infermieristica, concetti e abilità cliniche di base. Mc Graw Hill, Milano 2011
- Masera Giuliana, L’empatia in Edith Stein: la giusta distanza per essere accanto all’altro, I luoghi della cura, Anno V- N°3- 2007 pag 27-29
- Stein Edith. L’empatia, Franco Angeli, 1986
- Laura Boella, Sentire l’altro, Conoscere e praticare l’empatia. Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.

A CURA DI
GIORGIA MASTROIANNI

CONSIGLI DI LETTURA SULL'EMPATIA



■ *Quaderno proibito* di Alba De Céspedes, recentemente ripubblicato da Mondadori nella collana Oscar Moderni, nasce come una storia pubblicata a puntate nella rivista "Settimana Incom Illustrata" tra il 1950 e il 1951, sarà poi pubblicato solo nel 1952 in un volume unico.

"Ho fatto male a comperare questo quaderno, malissimo. Ma ormai è troppo tardi per rammaricarmene, il danno è fatto",

Se come dimostrano diversi studi, il concetto stesso di empatia varia nel tempo a seconda delle varie epoche, *Quaderno Proibito* continua a dimostrarsi fortemente attuale e ancora in grado di coinvolgere e trascinare il lettore nei pensieri e nella vita della narratrice. Fin dalle prime pagine infatti la voce della protagonista, Valeria Cossati, ci trascina in una parte segreta della sua vita, preclusa allo sguardo del mondo, intima. Impegnata a vivere quella costante lotta tra la serenità, la calma e la dolcezza che il mondo esige e si aspetta da lei e la frustrazione interiore di un'esistenza schiacciata dal suo ruolo di moglie e madre.

"La mia vita mi è sempre parsa piuttosto insignificante, senza avvenimenti notevoli fuorchè il matrimonio e la nascita dei bambini. Invece da quando, per caso, ho cominciato a tenere un diario, mi pare di scoprire che una parola, un accento, possono essere altrettanto importanti, o anche di più dei fatti che siamo abituati a considerare tali. Imparare a comprendere le cose minime che accadono tutti i giorni, è forse imparare a comprendere davvero il significato più riposto della vita. Ma non so se è un bene, temo di no."

Valeria si racconta quasi in maniera involontaria, prende vita una consapevolezza di sé attraverso una narrazione intermittente e rivelatoria. È così che lo scrivere diviene un atto ribelle in grado di far emergere conflitti sopiti e repressi.

Attraverso una magistrale prova letteraria, Alba De Céspedes già nel 1950 mostrava come le donne non siano remissività e sottomissione, svelava l'essere frammentato e mutevole di una donna impegnata a percorrere il viaggio verso la conquista del sé.

Le pagine di *Quaderno Proibito* scorrono veloci, Valeria per tutti dentro casa è solo "mammà", si ride persino all'ipotesi che possa avere un diario con dei pensieri "segreti". Le difficoltà economiche la portano a trovare un lavoro e una nuova parte di sé prende vita.

Al tempo stesso un'intima angoscia prende il sopravvento, il lettore sente nel profondo i suoi pensieri ma non ne viene mai rassicurato; appare chiaro che non vi è alcun conforto nel raccontarsi. "Forse vi sono persone che conoscendosi riescono a migliorarsi, io invece, più mi conosco e più mi perdo. Del resto non so quali sentimenti potrebbero resistere a un'analisi spietata, continua; né quale persona, specchiandosi in ogni sua azione, potrebbe essere soddisfatta di sé". Tra le pagine non vi è quella sicurezza e quella serenità che il mondo pretende da una madre, da una donna, bensì una realtà ancora incredibilmente attuale. Valeria Cossati sono le nostre madri, le nostre nonne ma anche molte donne che tuttora covano dentro una ribellione che non vedrà la luce. Alba De Céspedes continua a distanza di anni a parlare di loro.

LORIS SALINA

loris.salina@unito.it

20 GIORNI IN TURCHIA CON L'EMT2

■ Mi chiamo Loris Salina di Fiano Torinese. Sono infermiere specializzato in area critica e lavoro in rianimazione all'ospedale Maria Vittoria di Torino. A giugno del 2022 ho dato l'adesione all'Unità Chirurgica dell'EMT2 della Regione Piemonte.

Non pensavo di essere attivato dopo appena 9 mesi per il terremoto in Turchia. Appena mi hanno chiamato, non ho esitato ad accettare, la mia risposta è stata "Sì sono disponibile".

Così il mercoledì 15 febbraio siamo partiti con il gruppo dell'EMT2, circa 80 persone tra cui professionisti medici, infermieri, tecnici di radiologia e laboratorio, operatori tecnici e ingegneri, ostetriche, oltre che personale volontario della Logistica Sanitaria della Protezione Civile Regionale, con destinazione Antiochia, città della Provincia di Hatay, nel Sud-Est della Turchia, a circa 50 Km dal confine siriano.

Lo scopo della missione, era far fronte alle gravissime conseguenze di un terremoto avvenuto 10 giorni prima (06/02/2023) che ha causato danni ingentissimi in tutta la zona, comprese le strutture sanitarie. Il nostro periodo di permanenza è stato dal 15/02/2023 al 4/03/2023, sostituiti da un secondo team, operativo fino al 18

marzo; al termine della nostra missione l'ospedale verrà gestito dal personale sanitario della Turchia. L'EMT2 è il "pool" di professionisti che vengono chiamati ad operare nell'ospedale da campo, diretto dal Dott. Mario Raviolo (Direttore S.C. Maxiemergenza 118) e coordinato dal Dott. Marco Sechi e dalla Dott.ssa Marta Sciandra (Coordinatori Infermieristici S.C. Maxiemergenza 118), struttura autosufficiente composta da un triage, pronto soccorso, una terapia intensiva, una sala operatoria, una sala parto, reparti di degenza, area diagnostica. Parallelamente all'ospedale si sviluppa il campo operatori, composto da cucina, dormitori, bagni e docce.

Giunti sul posto alcuni giorni prima, il personale tecnico della S.C. Maxiemergenza 118 e i volontari della Protezione Civile avevano già allestito le tende del campo

operatori; insieme abbiamo provveduto ad allestire l'ospedale e ad attrezzare i singoli reparti.

La sera dopo il nostro arrivo, erano già operativi il triage e il pronto soccorso; dal giorno successivo l'intero ospedale da campo è stato reso operativo, con un numero di accessi in costante crescita, passando dai circa 30 della prima giornata, fino a toccare i 200 passaggi quotidiani.

Durante la mia permanenza, il pronto soccorso ha superato i 2300 passaggi, l'attività chirurgica è stata di circa il 2%, 10 ricoveri in terapia intensiva, anche se alcuni solo per il monitoraggio, inoltre ci sono stati 4 trasferimenti di pazienti che richiedevano cure specialistiche non erogabili nel nostro ospedale da campo (a circa 200 km di distanza). Il lavoro aveva ritmi serrati, con un numero limitato di risorse.





Avevamo l'essenziale, insomma, bisognava, a volte, sapersi arrangiare come recita il detto "...far fuoco con la legna che si ha...".

Ma più degli aspetti tecnici e puramente logistici, vorrei soffermarmi sull'aspetto umano di questa esperienza; a livello personale ho già partecipato ad altre missioni in Kenya e Brasile e con Emergency in Afghanistan e Sudan, ma questa missione in Turchia è stata particolarmente forte. La realtà del terremoto è terribile, le persone da un momento all'altro non hanno più nulla: hanno perso tutto. Il terremoto e la guerra (realtà vissuta a Kabul) sono due realtà devastanti e terribili, ma mentre la prima è la natura con la sua imprevedibilità, la seconda può essere evitata perché causata dall'egoismo umano, dagli interessi economici e dal delirio di onnipotenza.

Le persone venivano in ospedale per qualsiasi cosa legata alle conseguenze del terremoto, una parte della popolazione arrivava per patologie che normalmente erano controllate con le ordinarie terapie, ma poi rimasti improvvi-

samente senza, la patologia si era aggravata e quindi avevano bisogno di essere curati tempestivamente. Altre tipologie di ingresso sono quelle procurate da ferite, ustioni provocate accidentalmente durante il terremoto; non potendosi curare a causa di mancanza di strutture ospedaliere nelle vicinanze, le persone sono venute nella nostra struttura a distanza di giorni.

Questo ha comportato ad esempio che le ferite fossero infette e maleodoranti. Altre erano patologie più comuni che, indipendentemente dal terremoto (ad esempio: infarto, appendicite acuta...) toccava a noi curare da noi in quanto ospedale in grado di erogare delle cure efficaci. Un afflusso significativo riguardava l'intervento ginecologico ed ostetrico, nei venti giorni della mia permanenza sono nati ben 23 bambini. Abbiamo avuto anche casi d'intossicazione da monossido di carbonio, perché la gente si scaldava nelle tende, poiché la temperatura di notte scendeva drasticamente. Inoltre, molte persone manifestavano di-

sturbi da "stress" post-traumatico da terremoto.

Ogni giorno si presentava una fila lunga di persone davanti al pronto soccorso/triage, per farsi visitare. Ma, come diceva Gino Strada: "una persona per volta", e così, li abbiamo visitati e curati tutti.

Sono rimasto colpito dall'umanità e dignità delle persone curate, nonostante la loro sofferenza e disgrazia avevano sempre un pensiero per noi, non smettevano di ringraziarci, erano pieni di riconoscenza. Un aspetto che mi ha colpito era che quando si visitavano i pazienti si era costretti a rimuovere gli indumenti in più strati, questo accadeva perché dovevano coprirsi dal freddo stando giorno e notte all'addiaccio. Oramai tutta la popolazione dormiva nelle tende allestite per i terremotati. Ma erano i visi, gli sguardi e le mani... segnati dalle macerie, mani che avevano scavato, e che portavano tutta la sofferenza e la disgrazia di aver perso tutto.

Una figura molto importante che ci aveva affiancato, è stata quella dell'interprete, ragazzi e ragazze

volontari che provenivano da altre città (Istanbul, Ankara), permettevano a noi sanitari di comunicare con la popolazione locale. Facevano da mediatori, nella comunicazione con i pazienti. Gli interpreti usavano per lo più la lingua inglese, ma alcuni di loro parlavano l'italiano. La lingua non è mai stato un ostacolo, ma c'era sempre molta solidarietà tra noi sanitari e la popolazione. Dalle tende vicine alle nostre, la gente, ci portava il tè e i biscotti come segno di condivisione e riconoscenza... tutto ciò l'ho trovato bellissimo e commovente. Ricordo un uomo che appena diventato papà, è andato in un'altra città a comprare l'equivalente in peso di suo figlio appena nato in dolci: quel poco che diventava enorme....

Accanto al nostro ospedale, c'era una organizzazione governativa, per la raccolta di materie prime per la popolazione terremotata.

Usciti da Antiochia siamo arrivati fino ad Alessandretta, dove si presentava uno scenario di macerie; le case e i palazzi ancora in piedi, da lontano sembrano intatte, ma da vicino erano storte, inclinate e piene di crepe. Tutte le infrastrutture per un raggio di 30-50 Km erano crollate o danneggiate. I sopravvissuti, che avevano disponibilità economiche, raggiungevano parenti, amici in zone non colpite dal terremoto, i più poveri erano sistemati nelle tende allestite dalla protezione civile turca. Intorno all'ospedale e in giro per la città, la gente sopravvissuta, vive tutt'ora nelle tende.

Tanti palazzi sono spezzati in due, e puoi vedere quello che è rimasto nelle camere: sedie, divani, tavoli che sono ancora in bilico tra lo stare e il cadere. Una delle immagini che mi ha colpito è vedere

un cavallo a dondolo in una stanza senza più mura e con il pavimento inclinato. Altra immagine che mi porto dentro, è stato vedere una persona che raccoglieva dalle macerie qualcosa di personale, tipo un quaderno, e lo sfogliava, o cercava di recuperare piccoli oggetti rimasti tra le macerie.

Durante la nostra permanenza ci sono state diverse scosse di terremoto, una particolarmente forte, 6,4 magnitudo della scala Richter, ammetto che in quel momento ho avuto paura. Siamo tutti usciti all'aperto per sicurezza, anche se stando in un campo da calcio, non sussisteva il pericolo che dei palazzi o case ci crollassero addosso. Subito dopo, terminata la scossa di terremoto, eravamo ognuno ai propri posti in ospedale, pronti a ricevere i pazienti. La forza e la volontà di fare semplicemente il nostro lavoro, era più forte della nostra paura. In seguito, quotidianamente sentivamo la terra tremare, ci eravamo quasi abituati, ma ogni volta, che si presentava una scossa di terremoto, vedevi sul volto dei pazienti il terrore di una nuova catastrofe.

Con i colleghi di lavoro c'era un forte spirito collaborativo e di solidarietà reciproca. Molti di noi non si conoscevano, provenivamo da realtà ospedaliere diverse, eppure abbiamo creato un gruppo ben coeso, che senza troppe parole, lavorava per un obiettivo comune, senza lamentele, ma con la voglia di aiutare la gente. Non c'è mai stata competizione, ma grande collaborazione. Certamente non mancavano momenti di tensione, ma è normale visto il posto dove lavoravamo. Mi sentivo di far parte di un gruppo...tutti eravamo partecipi.

Questo spirito di gruppo ci ha resi

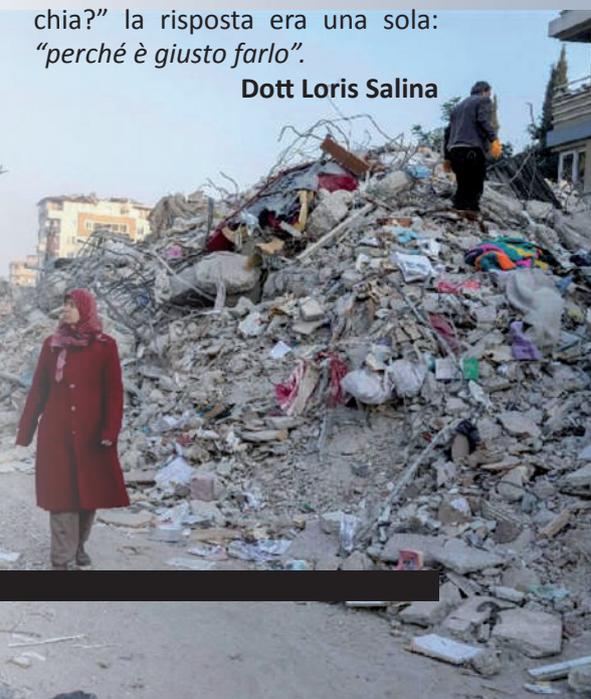
uniti come un unico corpo, dove ogni parte è essenziale per il buon funzionamento del sistema. L'ottimo risultato della missione è stato reso possibile, grazie al contributo di ogni singolo componente della squadra EMT2.

Quando siamo partiti, una fila di persone ci salutavano e piangevano, quasi come fossimo degli eroi, noi non ci siamo mai sentiti tali, semmai dei bravi professionisti, perché li c'era bisogno di noi.

Spesso il mio pensiero va a quel campo di tende blu, ai sorrisi, alla pacca sulla spalla, alle chiamate via radio, al passare di tenda in tenda per vedere cosa succedeva e dare una mano, al dare il cambio per mandare i colleghi a fare una pausa, alle scosse di terremoto, ai visi terrorizzati della gente e a tanta riconoscenza da parte della popolazione locale.... Cosa che qui da noi, rappresenta l'eccezione, lì era la norma. Ma quando si torna a casa da esperienze come queste non si è più la stessa persona di quando si è partiti, si torna imparando a relativizzare ciò che ci circonda e arricchiti e per questo il mio "Teşekkür " (grazie in turco) va ad ogni singola persona che ho incontrato in missione.

Prima di partire, quando mi chiedevano "ma perché vai in Turchia?" la risposta era una sola: "perché è giusto farlo".

Dott. Lorin Salina



AMARE QUELLO CHE FAI:

PERCHÉ HO SCELTO DI FARE IL PERCORSO DI LAUREA A 50 ANNI

■ Mi chiamo Maria Girolama, ho 50 anni e da sempre mi piace il contatto umano, relazionarmi con le persone e provare empatia.

Mi è sempre piaciuto, sin da ragazza, prendermi cura di persone meno fortunate e bisognose; questo mi gratificava e mi gratifica ancora oggi oltre a darmi molte soddisfazioni.

Vi vorrei raccontare la mia storia per farvi capire a cosa sia dovuta questa mia scelta.

Come vi dicevo, sin dalla giovane età, ho sempre avvertito il desiderio di aiutare le persone in difficoltà offrendo il mio piccolo contributo per alleviare le loro condizioni di vita. Avevo 14 anni quando nella mia parrocchia giunse un frate missionario che portò la testimonianza della sua vita svolta, in tale veste, in vari paesi del mondo a servizio degli altri specie dei più poveri e degli ammalati. Così espressi il desiderio di andare anch'io in missione ma mio padre non mi diede il permesso vista la mia giovane età.

La mia innata voglia di dedicarmi agli altri non si fermò ed io continuai a svolgere diversi servizi nella comunità. Sono stata attiva all'interno della Caritas parrocchiale, ho fatto per 17 anni la catechista ed ho seguito i bambini del mio paese nel doposcuola (in modo gratuito). Crescendo ho conosciu-

to l'associazione i "NASI ROSSI con il CUORE", volontari clown che nel nostro territorio portavano e portano a tutt'oggi un sorriso nelle corsie di Ospedali e nelle case di riposo e nelle case famiglia.

Gesù stesso ha detto: «C'è più gioia nel dare che nel ricevere», e l'apostolo Paolo afferma: «Dio ama chi dona con gioia».

Queste parole di vita sono rimaste impresse dentro di me e sono da ricordare sempre.

Nella vita ho fatto diversi tipi di lavoro: la segretaria, la commessa, l'imprenditrice. La svolta verso l'ambito sanitario è arrivata nel 2010 quando ho deciso di frequentare un corso per Oss (Operatore Socio Sanitario). Nel 2017 sono partita dalla Calabria diretta a Bologna per lavorare presso una Rsa e che è stata per me un'esperienza fondamentale per la mia crescita sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista personale.

L'anno successivo sono tornata in Calabria in quanto vincitrice di un concorso al GOM (Grande Ospedale Metropolitano) di Reggio Calabria dove venni destinata all'UOC di Terapia Intensiva e Anestesia. Non nascondo che, all'inizio, questa destinazione mi

avesse spaventata e disorientata. In seguito però ho avuto il piacere di collaborare con grandi professionisti a partire dal Direttore dell'UOC Dott. Sebastiano Macheda, il Coordinatore Infermieristico Dottor Amalfi Vincenzo e tutti gli operatori dell'unità operativa che con la loro guida ed il loro supporto mi hanno fatto sentire fin da subito un membro dell'equipe.

Lavorare questi 5 anni in Terapia Intensiva mi ha permesso di apprendere gli aspetti specialistici importanti legati alla tipologia dei pazienti ma anche aver imparato l'importanza del supporto e del conforto alle loro famiglie. La vicenda che più mi ha segnato è stata quella legata all'arrivo del COVID che ci ha trovati impreparati pieni di paura ma non ci siamo MAI arresi. Facendo squadra, ci siamo rimboccati le maniche, abbiamo dato assistenza a pazienti che erano soli, lontani dalle persone care e noi rappresentavamo il loro unico contatto per molto tempo. Questa condizione mi ha fatto maturare la consapevolezza di voler fare di più per questo mi sono messa di nuovo in gioco. Ho fatto i test di ammissione al Corso di laurea in Infermieristica che ho superato ed oggi mi trovo a frequentare il secondo anno.

L'unico modo per fare un buon lavoro è amare *quello che fai* ed io Amo il mio lavoro.

L'immagine dell'infermiera nell'Italia Fascista (1935-1943)



A cura di
Loredana Pierviseni, Rosaria Alvaro, Gennaro Rocco, Ercole Vellone


Edizioni Scientifiche Falco

Perché due recensioni dello stesso libro? Questa breve prefazione ne rappresenta una premessa.

Il libro, come si evince, riguarda la storia professionale e sociale delle infermiere durante il periodo fascista; il nostro scopo è mettere a confronto i due modi di interpretare, certamente non per valutarne la qualità, ma per evidenziare il diverso approccio al tema da parte di due professioniste, separate da una differenza di ordine anagrafico.

Il primo testo è infatti uscito dalla penna di una persona nata in un'epoca in cui le testimoni di quel periodo storico erano tante e per la maggior parte socialmente attive e in grado di trasmettere le emozioni derivate dalla propria condizione di donne, alla ricerca di una dignità professionale, ma sovrastate da un'ideologia che le identificava solamente come "angeli che per carità cristiana si sacrificavano per il bene dei bisognosi."

Differente è l'approccio della seconda autrice, nata in un'epoca in cui i fatti descritti nel libro sono stati consegnati definitivamente alla Storia, che li ha filtrati escludendo qualsiasi aspetto emotivo, ed è per questa ragione che il suo approccio all'opera è più da storica che da testimone.

LA REDAZIONE



Recensione a cura di
LETIZIA VOLA

L'immagine dell'infermiera nell'Italia fascista (1935-1943)

Autori: Loredana Piervisani, Rosaria Alvaro, Gennaro Rocco, Ercole Vellone
Edizione Scientifiche Falco

Lo scopo del volume è dar voce alle donne infermiere vissute nel ventennio fascista, in particolare negli anni dal 1935 al 1943, anni in cui sono state emanate leggi che hanno delineato i confini della professione in Italia.

L'obiettivo specifico è di analizzare il processo di costruzione dell'immagine professionale, legato alla questione di genere e agli stereotipi femminili.

La revisione storica si attiva attraverso l'analisi della fonte storica primaria, la rivista "L'infermiera italiana", periodico di categoria del tempo e sottoposta al controllo del regime fascista.

All'epoca il lavoro infermieristico era uno dei pochi ambiti di lavoro permessi alle donne, come l'insegnamento e la cura dei bambini.

Da sottolineare la metodologia di ricerca storica applicata dagli autori; oltre all'analisi delle riviste reperite come fonti digitali attraverso il motore di ricerca Google books per i libri digitalizzati non coperti da copy right, si sono utilizzati i sistemi guida generali degli archivi di Stato per trovare le copie cartacee esistenti.

Sono stati selezionati per l'indagine gli articoli pubblicati che ritraevano la figura infermieristica, infermiera diplomata, assistente sanitaria e caposala-direttrice nei diversi ambiti lavorativi, ospedaliero, sul territorio, nell'assistenza psichiatrica e nell'organizzazione sanitaria militare.

Gli argomenti trattati riguardavano aggiornamenti tecnici e professionali, elenchi dei sindacati fascisti, malattie professionali delle infermiere e divulgazioni di congressi e di attività sindacali nazionali e interprovinciali.

Per analizzare i testi, gli autori hanno utilizzato il software IRAMUTEQ che consente di generare stringhe di codifica contenenti meta-variabili (au-

tori, rubriche, anno) associate alle diverse parti del testo.

I dati analizzati hanno consentito di precisare l'immagine dell'infermiera, derivante dal contesto lavorativo e dal ruolo e dalle funzioni svolte, secondo le indicazioni sociologiche di riferimento (Gallino 1988).

Nel volume sono descritte le fasi del contesto storico e culturale dell'Italia e viene narrata, in maniera chiara e esaustiva, l'origine della formazione infermieristica e di come sia stata influenzata dal modello fascista, in cui la donna aveva un valore particolare come madre obbediente e devota, al regime e alla famiglia patriarcale.

I Fasci femminili vennero utilizzati dal regime fascista per portare avanti un programma politico chiaro e determinato.

La donna aveva il compito di provvedere all'educazione morale, al rispetto dei valori cattolici e dei principi patriottici; le donne infermiere fasciste erano impegnate nell'assistenza sociale e nella cura della famiglia.

La componente fascista portò alla cancellazione del movimento di emancipazione femminista e la donna infermiera divenne *"idealmente madre, prima di esserlo naturalmente, Madre per i figli, per i fratelli, per i piccoli e per gli infermi affidati alle sue cure"*

La condotta professionale ideale per le infermiere dell'epoca si avvaleva di una immagine di una donna silenziosa, leggera di passo, calma e riflessiva, modesta e obbediente, in particolare al medico e ai superiori.

Nel testo si esaminano le varie sanatorie dell'epoca, attivate per incrementare il numero delle infermiere attive, in cui si arrivava a considerare i

tirocini svolti come crediti scolastici per compensare la scarsa preparazione di base.

Il testo può rivelarsi molto interessante per comprendere le radici identitarie della nostra professione, nelle varie dimensioni professionali, nella realtà delle scuole convitto e nell'evoluzione della formazione e dello sviluppo della disciplina infermieristica.

Nel volume è presente un'intervista biografica a

Suor Candida Bellotti, le sue parole narrano impegno professionale, ubbidienza e amore per gli altri.

Suggerisco la lettura del testo per capire meglio l'evoluzione del ruolo infermieristico, lo sviluppo professionale e l'utilizzo integrato della metodologia di ricerca storica e sociologica per implementare il corpo di conoscenze alla base delle competenze richieste oggi agli infermieri.

Recensione a cura di
SARA TAMBONE

L'immagine dell'infermiera nell'Italia fascista (1935-1943)

Autori: Loredana Piervisani, Rosaria Alvaro, Gennaro Rocco, Ercole Vellone
Edizione Scientifiche Falco

Gli intenti che potrebbero spingere il lettore ad approcciarsi a questo libro possono essere molteplici: avere una chiara visione storica di un periodo chiave dello sviluppo e crescita della Professione Infermieristica, avere un'immagine dettagliata dell'evoluzione dei movimenti Femministi Italiani, completare il quadro di informazioni del periodo Fascista attraverso una chiave di lettura di natura socio-sanitaria e riguardare al passato con curiosità e attenzione perché, oltre a tutto ciò che è stato descritto prima, l'affinità professionale o la generica curiosità potrebbero stimolare il lettore a porsi domande come "cosa potrebbe spingere una bambina vissuta in quegli anni a desiderare di diventare infermiera?".

Mia nonna paterna mi raccontò, quando ero una bambina, che da piccola avrebbe tanto voluto essere un'infermiera. Aveva questo desiderio perché aveva visto tante infermiere nella prima infanzia e avrebbe voluto essere come loro; crescendo si era sposata e aveva dovuto abbandonare questo sogno.

Mia nonna paterna nacque in quegli anni e fu bambina durante gli anni del fascismo. Si parla di anni in cui il mondo delle Infermiere era ancora

appannaggio della donna. Anni in cui era considerato disdicevole per una donna maritata lavorare ed essere economicamente indipendente.

Anni in cui la figura dell'Infermiera era legata ad un'immagine di angeli che per carità cristiana si sacrificavano per il bene dei bisognosi.

Infermiere operose che già nel percorso di formazione erano preparate a dover dare una esclusiva dedizione alla causa; anni che seguivano la Grande Guerra e preannunciavano la Seconda Guerra Mondiale.

Questo elaborato, a cura di Loredana Piervisani, Rosaria Alvaro, Gennaro Rocco ed Ercole Vellone, guida il lettore attraverso descrizioni, ricostruzioni, grafici e attraverso le parole di chi fu infermiera in quel periodo: Suor Candida.

La ricostruzione storica accurata permette di descrivere non solo l'evoluzione della Professione e comprenderne le forze motrici, ma anche avere una visione completa dello spaccato quotidiano che caratterizzava la vita di quegli anni.

Lo schema rigido-gerarchico del contesto sanitario è specchio naturale della vita dei cittadini comuni che vissero in quell'epoca e questo potrebbe fornire spunti di riflessione interessanti anche a chi non è Infermiere.